

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

Quem recebeu as orientações e assina o termo: () Paciente () Responsável

Nome: _____, RG: _____

CPF: _____, Nascimento: ___/___/_____, Grau de parentesco: _____.

Endereço: _____.

Em razão da cirurgia a que serei submetido, concordo em submeter-me ao seguinte procedimento de anestesia/sedação: _____, a ser realizado pelo(a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o n.º _____ ou outro anestesiológico e assumo toda responsabilidade pelo cumprimento do preparo para o procedimento.

O procedimento indicado possui os seguintes riscos e conseqüências possíveis (mais comuns): _____

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento: _____

Declaro que recebi todas as informações sobre a anestesia/sedação a que serei submetido(a), com seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. E que tive oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que tive oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio de Janeiro, ___/___/_____, Hora: _____.

Assinatura _____.

PELO MÉDICO: Atesto que expliquei todo o procedimento de anestesia/sedação ao paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas. Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreenderam todas as informações.

Assinatura médico: _____

Assinatura Testemunha (se houver): _____