

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Unidade de Saúde onde se realiza o procedimento: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Considerando o art.59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO os médicos anesthesiologistas responsáveis pela minha assistência, e agora representado pelo anesthesiologista supracitado, a efetuar os procedimentos anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico _____, ao qual concordei a ser submetido.

Confirmando que recebi, neste momento, todas as informações necessárias sobre o procedimento anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento além dos possíveis efeitos colaterais e complicações, tais como febre, dor de cabeça, tremores, alterações do comportamento, reações alérgicas e reações anafiláticas, algumas potencialmente fatais.

Estou ciente que, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes desde já pré-autorizados. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Compreendo também que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico, até de forma desfavorável, e que, por isso, confirmo que repassei ao médico anesthesiologista todas as informações sobre minhas condições físicas e psicológicas, para que os dados relevantes fossem registrados na Ficha de Avaliação Pré-anestésica, e assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido.

Confirmando que todas as minhas dúvidas foram sanadas e compreendo que o médico anesthesiologista somente se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade.

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos, inclusive da opção de revogação desta, caso não queira mais autorizar o procedimento.

_____, _____ / _____ / _____, às _____ horas e _____ minutos.

(Local)

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Entregar termo assinado ao Hospital.

Assinatura do paciente ou responsável

_____, _____ horas e _____ minutos.

às _____

/ _____

/ _____

, _____

(Local)

Revogação deste consentimento: