

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____
Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Autorizo o Dr. _____ CRM No. _____ médico anestesiologista, a realizar o procedimento anestésico / sedação _____ para o procedimento _____
_____. Autorizo o mesmo a ter uma cópia da folha de anestesia, respeitados os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

Declaro ainda que:

- 1 - A proposta do procedimento anestésico / sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;
- 2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 3 - Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.
- 4 - Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento médico proposto.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

Expliquei todo o procedimento anestésico / sedativo ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Nome Legível – Anestesiologista

Assinatura e CRM No.

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Eu, _____, identidade nº _____, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento anestésico realizado no Hospital _____ até sua residência. Fui orientado a retornar imediatamente ao Hospital (Setor de Emergência), em caso de quaisquer complicações.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Assinatura

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de:

() Situação de Emergência () Recusa do Paciente () Recusa do Responsável Legal

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ Hora: _____

Medico CRM No.

Medico CRM No.

REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)