

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

PACIENTE

Nome: Idade:

Endereço:

Tel.: () Identidade n.º Órgão Expedidor:

Data de emissão:

1. Autorizo a Equipe Médica do Hospital São Lucas a proceder, quaisquer técnicas ou tratamento necessário à ideal condução do ato anestésico, incluindo se necessário, transfusão de sangue e outros hemocomponentes, procedimentos de monitorização invasiva ou não invasiva, internação hospitalar, entre outros necessários ao bom êxito do ato anestésico.

2. Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) (_____), será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista.

3. A proposta do procedimento anestésico ao qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente, ocasião em que tive oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente.

4. Durante a consulta pré-anestésica, fui devidamente informado(a) acerca de como devo proceder antes do ato anestésico cirúrgico, recebendo as orientações e esclarecimentos sobre possíveis intercorrências com o emprego de fármacos e métodos anestésicos, e não omiti informações relacionadas ao meu estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar no ato anestésico cirúrgico, informando, inclusive, alergias que tive decorrentes de anestesia e medicamentos por mim tomados.

5. Declaro que fui orientado (a), eu e/ou meu acompanhante legal, neste momento, sobre todas as informações necessárias sobre o ato anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento, além dos possíveis efeitos colaterais e complicações.

6. Estou ciente que dentre os riscos potenciais da anestesia, embora raras, estão incluídas as alterações de pressão arterial, cardíacas ou metabólicas, associadas ou não a lesões cerebrais por hipóxia, paralisia ou morte. As complicações algumas vezes decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente, inclusive óbito.

7. Declaro que permaneci em jejum absoluto de no mínimo _____ horas.

8. Declaro, ainda, ter compreendido e concordado com todos os termos deste consentimento informado e AUTORIZO a realização da anestesia.

9. Declaro que fui informado (a) que poderei a qualquer momento antes do procedimento, revogar o meu consentimento.

10. Assim o assino por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e de meu médico.

DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

Assinatura do paciente ou responsável:

Nome (em letra de forma): _____

RG: _____

Testemunha: _____

RG: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

Expliquei todo procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou ao responsável, informando inclusive, os benefícios e as alternativas, tendo respondido a todas as perguntas que me foram formuladas. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____ CRM nº: _____ Assinatura: _____

REVOGAÇÃO
Revogo o consentimento prestado acima e declaro que não desejo prosseguir o tratamento, e dou esta por finalizado.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Médico

Paciente ou Representante