

ETIQUETA

NOME: _____
MATRÍCULA: _____ Data Nasc: ____/____/____ SEXO: _____
CPF: _____ ANDAR: _____ QUARTO: _____ LEITO: _____
Médico: _____ CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

Declaro que fui devidamente informado (a) sobre os principais aspectos relacionados procedimento anestésico a qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista identificado abaixo ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados nesta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

_____ ou a seguinte alternativa anestésica
_____.

Declaro ainda que:

- 1) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimentos proposto(s) será necessário o emprego de anestesia. Cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativas de procedimento anestésico indicado para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações, me foram explicadas satisfatoriamente.
- 2) Fui esclarecido que a anestesia envolve procedimentos invasivos. E que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico, assim como fui esclarecido também, de que a resposta de administração de medicamentos é individual, e que a ocorrência de efeitos colaterais, ou indesejados é imprevisível.
- 3) Entendo que não existam garantias absolutas nos resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos existentes nesta instituição;
- 4) **Autorizo** qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situação imprevistas que demandam cuidados diferentes daquele inicialmente proposto.
- 5) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existente, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas, e também sobre o tempo decorrido do jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- 6) Fui informado pela equipe médica que o tabagismo, o uso de entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas e outros como álcool são fatores que podem trazer

prejuízos ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado também sobre as complicações que podem advir ao uso destas substâncias.

PACIENTE/ RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular ou alterar qualquer item, parágrafos ou palavras a qual não concordasse.

São Paulo, ____ de _____ de 202___. Hora: ____: ____.

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco ou responsável: _____ CPF: _____

TESTEMULHA:

Nome legível: _____ Assinatura: _____

MÉDICO

Não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável ou familiar, o propósito, os riscos, os benefícios, para o tratamento descrito, acredito que o paciente entendeu o que expliquei.

Carimbo/Nome legível, CRM e Assinatura: _____