
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

PACIENTE: _____

PROCEDIMENTO: _____

ANESTESIA : _____

Riscos e complicações potenciais: náusea, vômito, prurido, cefaléia, lembrança do procedimento, complicações neurológicas, cardiovascular (arritmia, infarto do miocárdio, embolia pulmonar, hipotensão/hipertensão arterial), pulmonar (broncoespasmo, dispnéia, obstrução de vias aéreas), perdas dentárias, reações alérgicas e óbito.

Declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento de anestesia proposto e especificado acima e que os seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores etc). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência /emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/anestésico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização está, desde já, autorizada.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas, que compreendo o alcance e riscos do procedimento acima descrito e que, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Assinatura: _____ . Data: _____

Dados do representante legal, quando pertinente:

Nome: _____ Idade: _____

RG nº/expedido por: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Declaro que prestei as informações necessárias ao(a) paciente e/ou ao seu representante legal, explicando o procedimento de anestesia acima descrito, ao qual ele(ela) será submetido(a) e esclarecendo sobre os objetivos esperados, seus riscos e alternativas. Visando sanar as dúvidas apresentadas, respondi a todas as perguntas formuladas e acredito ter sido compreendida.

Assinatura e carimbo: _____

PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA - Firmada por 02 (dois) médicos da equipe que assiste o paciente

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento por se tratar de situação emergencial para o paciente, caracterizada em seu prontuário.

Assinatura e carimbo: _____

Assinatura e carimbo: _____