

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO
PROCEDIMENTO ANESTÉSICO: ANESTESIA LOCAL + SEDAÇÃO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

TESTEMUNHA:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que o Dr.(a) _____ CRM nº _____ informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento _____, será necessária à administração de anestesia, conforme acima especificado, que deverei estar em jejum há 6 horas, que serei sedado e receberei uma infusão endovenosa.

Deverei trazer meus exames pré-operatórios, o risco cirúrgico e vir acompanhado.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações, especialmente os seguintes: Dor, Náuseas, Vômitos, Reações Alérgicas, Anafilaxias, Bronco Espasmos, Hiponímia, Arritmias Cardíacas, Instabilidade Hemodinâmica, Sonolência, Alteração de Comportamento, Fenômenos Tromboembólicos, Parada Cardíaca, entre outros. As alterações sistêmicas geralmente estão relacionadas às doenças preexistentes. O anestesista assume a responsabilidade de utilizar todos os recursos científicos, medicamentosos e tecnológicos disponíveis para que o objetivo cirúrgico seja alcançado com o maior conforto e segurança possíveis para o paciente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e quando fiz obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento e por tal razão, e nestas condições dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Também entendo que, a qualquer momento e sem necessidade de prestar qualquer explicação poderei revogar este consentimento antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 _____. Hora _____; _____

(PACIENTE OU RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL)

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar).

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____. Hora _____;_____

CRM / MÉDICO(A)

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

ATENÇÃO! EM CASO DE REVOGAÇÃO: RJ, ____/____/____ Hora _____:_____

(PACIENTE OU RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL)