

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:

Nome da Mãe:

Preenchimento do Paciente:

1. Eu, _____, portador do RG/CPF n° _____ autorizo a realização do procedimento anestésico (anestesia ou sedação): pelo médico abaixo identificado ou outro médico responsável pelo procedimento de anestesia ou sedação devidamente credenciado pelo Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Assunção.
2. A anestesia ou sedação a qual serei submetido(a), bem como seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram claramente explicados pelo médico abaixo identificado. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, e em virtude dessas situações imprevistas, autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possam ocorrer e necessitem de alteração no cuidado em relação aquele proposto inicialmente.
4. Confirmo que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais eu não concordasse.

Paciente Responsável

Nome Legível:

Grau de parentesco:

Doc. Identidade N°

São Bernardo do Campo,

Assinatura Paciente/Responsável

Preenchimento do Médico:

Expliquei sobre o procedimento anestésico ou de sedação, assim como os benefícios, riscos e alternativas ao(à) paciente acima identificado(a) e/ou seu responsável e respondi às perguntas formuladas pelos mesmos. Sob meu ponto de vista, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi transmitido.

Médico:

CRM:

Assinatura do Médico