REDE D'OR SÃO LUIZ	TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO	BARTIRA Hospital

Nome:_____
Data de Nascimento:_____/____/_____
Leito/Quarto:_____Atendimento.:_____
(OU COLAR ETIQUETA)

Autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação abaixo especificado:

Técnica anestésica proposta: _____

Técnica anestésica alternativa (se disponível): _____

Indicado pelo (a) Dr. (a) abaixo mencionado (a) ou outro anestesiologista de sua equipe, médicos credenciados (as) na Rede D'or – Unidade Bartira.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado (a) sobre o procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), quanto a indicações, benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, em como, sobre possíveis alternativas. Na ocasião, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e duvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Autorizo, ainda, a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Declaro que por ocasião deste consentimento, respondi ao médico anestesiologista sobre todas as informações contidas no Questionário de Avaliação Pré-anestésica, que possam trazer prejuízos ao procedimento anestésico que serei submetido (a).

Deve ser preenchido pelo paciente:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular, questionar ou alterar quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais eu não concordasse.

( ) Paciente ( ) Responsável

Nome_____Identidade n°_____

Grau de parentesco _____

Santo André,_____/_____/_____ Hora_____:_____

Assinatura (Paciente) ou (Responsável) _____

Deve ser preenchido pelo médico:

( ) Declaro que expliquei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento anestésico/sedativo a que o(a) paciente acima referido(a) estará sujeito(a),sobre indicação,benefícios,riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu atendimento, o (a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

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

Nome do Médico: _____

Assinatura/Carimbo:_____