

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

## DECLARAÇÃO

I. Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo o Dr. (a) \_\_\_\_\_ a realizar a seguinte  
anestesia \_\_\_\_\_ durante a cirurgia:  
\_\_\_\_\_

II. Fui esclarecido (a) claramente sobre a proposta de anestesia ao qual serei submetido (a), seus riscos, benefícios, complicações potenciais e alternativas;

III. Reconheço e entendo que não há nenhuma garantia absoluta quanto as complicações que poderão ocorrer, mas tive a informação de que os profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN) são qualificados e utilizarão todos os meios e técnicas (medicamentos e equipamentos) disponíveis e internacionalmente preconizados para que o melhor resultado seja alcançado;

IV. Reconheço que podem ocorrer eventos imprevistos no decorrer do tratamento/procedimento, que exijam conduta diferente daquela proposta inicialmente;

V. Reconheço que durante a internação, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente e que sejam necessários e desejáveis segundo o julgamento de profissional capacitado para tal. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento que não tenha sido do conhecimento do meu médico até o momento em que o tratamento for iniciado;

VI. Em caso de iminente risco de vida ou risco de perda da qualidade de vida, encontrando-me incapacitado para tomar decisões, o médico está autorizado a adotar condutas compatíveis com os padrões internacionalmente aceitos;

VII. Autorizo transfusões de sangue em caso de necessidade:      ( ) SIM      ( ) NÃO

VIII. Entendo que os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos possam ser suspensos ou adiados de acordo com a orientação do médico responsável quando esta decisão se der em meu benefício;

IX. Certifico que este formulário me foi explicado, foi lido por mim ou para mim e que entendi o seu conteúdo, tendo concordado com o mesmo;

X. Este consentimento não é definitivo e poderá ser revogado por mim ou por meu responsável legal a qualquer tempo.

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_ **COMP.:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **Nº** \_\_\_\_\_ **COMP.:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

**LOCAL:** \_\_\_\_\_ **DATA/HORA:** \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHA - NOME:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA:** \_\_\_\_\_

# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE ANESTESIA

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios e alternativas para o tratamento (s) / procedimento (S) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

João Pessoa – PB \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_