

REDE FOR	FORMULÁRIO / CENTRO CIRÚRGICO				
	Vigência 10/02/2028	Revisão 02	Código: HSCA.BLC.FOR.013	Página 1 de 1	
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO					

NOME:
NOME SOCIAL:
RESPONSÁVEL:
DATA NASC. _____ / _____ / _____
CONVÊNIO: _____ ATENDIMENTO: _____

Obs: No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

Consentimento para a execução de anestesia apropriada à condição do paciente, através do(s) seguinte(s) procedimento(s):

- | | |
|---|---|
| (<input type="checkbox"/>) Raquimedular; | (<input type="checkbox"/>) Sedação; |
| (<input type="checkbox"/>) Peridural; | (<input type="checkbox"/>) Bloqueio: _____ |
| (<input type="checkbox"/>) Anestesia geral; | (<input type="checkbox"/>) Anestesia combinada; |
| (<input type="checkbox"/>) Outro: _____. | |

Declaro ainda que:

- 1 - A proposta do procedimento anestésico / sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos;
- 2 - Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos;
- 3 - Confirmo que recebi explicações, comprehendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse;
- 4 - Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este consentimento antes que o procedimento se realize.

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) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, 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.

Fortaleza, _____ de _____ de _____ Hora: ____ : ____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Anestesista (Carimbo/CRM)