
	FORMULÁRIO / CENTRO CIRÚRGICO			
	Vigência 10/02/2028	Revisão 02	Código: HSCA.BLC.FOR.013	
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 - Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada 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)