# *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):

( ) Raquimedular;
( ) Peridural;
( ) Anestesia geral;
( ) Sedação;
( ) Bloqueio: _____
( ) 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, compreendi 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)