Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia ou Sedação

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) no HSL.

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, bem como, sobre possíveis alternativas. Na ocasião tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos e dúvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda a realização de quaisquer outros procedimentos, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, 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.

( ) Paciente
( ) Responsável ou Representante Legal
Nome:_____ Grau de Parentesco: _____
Assinatura: _____ Data: ____/____/_____ Hora: _____: _____

Preenchimento do 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 às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o 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.

Médico / CRM / Assinatura:_____