

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Eu, _____,
declaro que estou ciente que serei submetido à anestesia aplicada pelo(a)
Dr(a). _____, CRM nº _____,
no procedimento _____
realizado neste hospital.

Fui informado pelo médico anesthesiologista que o tipo de anestesia a ser realizado
será _____, bem como seus riscos
e alternativas.

Estou ciente e concordo que os profissionais responsáveis por meu atendimento têm a
obrigação de promover da melhor forma possível, através das condições de
infraestrutura e técnicas necessárias, sem que haja qualquer garantia de resultado.

Declaro que fui informado (a) dos e riscos e possíveis complicações decorrentes da
anestesia. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame tratamento
e/ou cirurgia, em situações de emergência que possam ocorrer e necessitem de
cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Observações: _____

Estou esclarecido (a) sobre as complicações e dificuldades inerentes às pessoas
alérgicas, fumantes, alcoólatras ou com qualquer outra doença que não seja por mim
declarada.

Declaro que informei ao médico anesthesiologista sobre as doenças, medicações de
uso contínuo, complicações prévias, histórias de alergias relacionadas a anestesia,
medicamentos ou alimentos, bem como as minhas condições de jejum.

Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá trazer prejuízos,
comprometer o procedimento a que serei submetido, causar-me sequelas ou acarretar
danos a minha a saúde.

Confirmo que recebi as explicações, li e compreendi e concordo com os itens acima
referidos.

Nome completo do paciente: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Nome completo do responsável: _____

RG: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Preenchimento pelo médico:

Declaro que expliquei ao paciente e/ou responsável os riscos, benefícios e
alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo
com meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de
compreender o que lhes foi informado.

Caxias do Sul ____ de _____ de _____

(nome, CRM e assinatura do médico)