



TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO A PROCEDIMENTO DE ANESTESIA E SEDAÇÃO

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

NOME _____

DN ____/____/____ SEXO _____
RG _____ IDADE _____

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre os aspectos relacionados ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) será submetido(a)

1. Autorizo um médico do INCOR a realizar em minha pessoa o seguinte procedimento anestésico ou de sedação: _____
2. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas sim que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis neste hospital para ser alcançado o melhor resultado.
4. Autorizo todos os procedimentos, exames, tratamentos, transfusão de sangue e hemoderivados que sejam necessários durante o ato anestésico proposto ou que possam ser necessários em situações imprevistas que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Estou ciente que ao final do procedimento receberei cuidados adequados à minha recuperação e, caso necessário, poderei ser encaminhado para cuidados em Unidade de Terapia Intensiva.

6. Confirmando que fui informado, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente	Responsável
Nome Legível <input type="checkbox"/>	Identidade Nº _____
Assinatura _____	Grau de Parentesco: _____
Data: ____/____/____	Hora: ____/____/____

A ser preenchido pelo Médico

Sem possibilidade de assinatura do Termo de Consentimento (Procedimento de Urgência)

São Paulo, ____/____/____ Hora: ____:____

Expliquei ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre todo o processo transfusional e também sobre os benefícios, riscos e complicações inerentes, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura: _____ CRM _____
carimbo