TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA OU SEDACAO

HOSPITAL Unimed Sul Capixaba

Por este instrumento particular eu _____, RG _____, CPF_____ ou meu responsável, Sr.(a)_____, RG _____, CPF_____ declaro, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que AUTORIZO o(a) Dr(a) _____, CRM-ES nº _____ ou qualquer outro membro da sua equipe de anestesistas credenciados pelo Hospital Unimed Sul Capixaba, a realizar o seguinte procedimento anestésico/sedação _____ a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de _____ .

Este procedimento anestésico/sedação me foi explicado de forma clara pelo(a) Dr(a) _____, CRM-ES nº_____, tendo sido esclarecido a mim quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, e tendo compreendido que antes, durante e depois do procedimento, de acordo com as necessidades de cada caso, serão realizadas monitoração cardíaca, verificação de pressão arterial, da concentração de oxigênio no sangue, do gás carbônico expirado, diurese, temperatura corporal, perda de líquidos, sangue, entre outros controles.

A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico.

Fui informado que as ações médicas necessárias para promover o estado de anestesia / sedação ou a própria cirurgia podem desencadear complicações, algumas das quais: dificuldades respiratórias, transtornos cardíacos e vasculares, reações alérgicas ou tóxicas, lesões bucais, na pele, alterações neurológicas.

Durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras drogas ou outras técnicas (anestesia parcial complementada com anestesia geral ou geral complementada com bloqueio), buscando sempre o melhor resultado.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a minha vida (ou do paciente) em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Finalmente, declaro ter sido atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, certifico que este termo me foi explicado e que eu o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo e tendo aceitado as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Cachoeiro de Itapemirim, terça-feira, 28 de agosto de 2018.

Assinatura da Paciente ou Responsável Legal	Assinatura Médico Anestesista
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CRM: _____
RG: _____	

Assinatura Testemunha	Assinatura Testemunha
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
RG: _____	RG: _____