



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Atendimento:

Data:

Nome do médico:

Informações e esclarecimentos:

Anestesia e seus benefícios - Anestesia é o estado de total ausência de dor e outras sensações durante uma cirurgia, exame diagnóstico ou curativo por meio da administração ou inalação de medicamentos. Seus benefícios são: diminuição da ansiedade, da dor e da percepção do procedimento, além do conforto e segurança para realização de exames e procedimentos cirúrgicos.

O tipo de anestesia vai depender do procedimento a ela associado.

Tipos de Anestesia: Geral - O paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento, não tendo nenhuma percepção de dor, espaço ou movimentação.

Regional ou parcial - Apenas uma parte do corpo é anestesiada, podendo ser associada com sedação ou não. São exemplos de anestesia regional a peridural e a raquianestesia.

Sedação - Consiste na diminuição do nível de consciência, em que o paciente fica mais tranquilo e relaxado. Tem menor duração e é indicado para realizar procedimentos ou exames rápidos.

REFERENTE AO PACIENTE

Autorizo o médico a executar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável o procedimento anestésico adequado para o exame proposto, bem como outros procedimentos que o médico considere necessário frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mais que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Unimed Araçatuba para ser alcançados/obtido o melhor resultado.

Confirmo que li as informações acima, compreendi, esclareci minhas dúvidas e concordo com a realização do procedimento.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro serem verdadeiras as informações por mim fornecidas, referente ao meu quadro clínico ou do paciente pelo qual sou responsável.

Paciente Responsável - Grau de parentesco: _____

Nome do paciente: _____

Nome legível do responsável: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

REFERENTE AO MÉDICO

Nome: _____

Assinatura: _____ CRM: _____