

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____
 Identidade (RG): _____ AT: _____ Data de Nasc.: ____/____/____
 Nome do responsável: _____

REPRESENTANTE/RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____
 Identidade (RG): _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Declaro que o Anestesiologista Dr. (a) _____, CRM: _____, informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento cirúrgico sob anestesia. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais.

Tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, e independente de obter novos Termos de Consentimento, em caso de impossibilidade nos termos do artigo 22 do CEM, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Paciente Responsável ou representante legal

CPF: _____ Grau de parentesco _____

Paciente com acompanhante: Sim Não

Acompanhante ciente: _____

CPF acompanhante: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência, dois médicos deverão assinar)

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

Não foi possível a coleta deste termo de Consentimento Informado, por tratar se de situação de Emergência.

Médico(a)

Médico(a)

CRM: _____

CRM: _____

Revogação: _____ Hora: _____

(Paciente) ou responsável/ Representante legal)