

CÓDIGO: FORM.HMFST.ASSIST.CCIR.QUA.011.001

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Sexo: () M () F () Outros Data de nascimento: ____/____/____ Registro: _____ Unidade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).

Nome: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Declaro que fui informado que, tendo em vista a realização do procedimento _____, sendo necessária realização da técnica anestésica, e/ou: _____.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: Anafilaxia, Sangramento, Dor, Reações Transfusionais, Infecção, Sangramento da Cavidade Oral, Complicações Dentárias, Lesão Ocular, Rouquidão, Equimoses, Náuseas, Vômitos, Cefaléia, Dor de garganta, Hipertermia Maligna, Consciência per operatória, e/ou _____.

Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

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.

Entendo que, a qualquer momento e sem necessidade de prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 20____

Hora: ____ : ____

Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu responsável/Representante Legal, conforme o termo acima.

Paciente/responsável

Anestesista

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO(A) ANESTESISTA EM CASO DE EMERGÊNCIA

Circunstâncias de Emergência / Risco de Morte: Preencher este Consentimento Informado "Não Obtido": Declaro que, devido ao estado clínico do paciente ou à emergência/risco de morte identificado, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado.

Anestesista

Testemunha

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.