

Termo de consentimento informado Procedimentos Anestésicos

Declaro que fui informado(a) quanto aos aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido(a) nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro da sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico _____
ou a seguinte alternativa anestésica _____

Declaro ainda que:

- a) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicada(s) para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- b) Fui esclarecido(a) de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido(a) também, de que a resposta à administração dos medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível,
- c) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos de medicamentos equipamentos disponíveis nesta instituição.
- d) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- e) Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e sobre o tempo ocorrido de jejum (desde a última refeição / ingestão de líquidos).
- f) Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas e outras como álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado(a) também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

PACIENTE / RESPONSÁVEL

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas e recebi explicações suficientes. Li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

Local e data: _____

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco do responsável: _____ CPF: _____

A ser preenchido pelo anesthesiologista

Expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente acima identificado ou seu responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido satisfatoriamente todas as perguntas formuladas. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado.

Houve situações de urgência e emergência provocando a impossibilidade do paciente consentir o procedimento

Carimbo e assinatura

PREENCHIMENTO DO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO

Diante da recusa a realização de transfusão de sangue, a equipe médica decidiu:

Declinar do caso, recomendando: _____

Prosseguir com a realização do procedimento proposto com o uso de métodos alternativos.

Outros: _____