



TERMO de CONSENTIMENTO

(preencher quando não houver etiqueta)

Nome: _____

Idade: _____ Reg: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Convênio: _____

Médico: _____

TERMO de ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA e CONSENTIMENTO para ANESTESIA, SEDAÇÃO ou ACOMPANHAMENTO do ANESTESIOLOGISTA

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO: _____

ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL/CRM: _____

Declaro que fui devidamente esclarecida (o) sobre o procedimento anestésico ao qual serei submetida (o) - ou a (o) paciente pela (o) qual sou responsável - seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Informei ao médico (a) Anestesiologista meu completo histórico médico e anestésico progressivos, bem como alergias e particularidades de minha condição clínica.

Fui informada (o) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento a que serei submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso.

Fui informada (o) de que a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anesthesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da (o) paciente.

Fui informada (o) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de riscos, intercorrências ou complicações:

-Nos casos de anestesia regional (Raquianestesia/ Peridural ou Anestesia Combinada raqui- peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou de no local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

- Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

Em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com as quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.

Diante das informações recebidas autorizo que seja executado em mim - ou na (o) paciente pela (o) qual sou responsável - o procedimento anestésico acima referido pelo médico infra - assinado ou por qualquer outro profissional Anestesiologista cadastrado na Pro Matre Paulista. Autorizo também a mudança da técnica anestésica inicialmente proposta frente a situações imprevistas ou complicações que possam ocorrer durante meu procedimento, os quais necessitem de abordagem diferente daquela inicialmente proposta.

Nome do paciente / Assinatura:

Nome do responsável / Assinatura:

RG do responsável:

Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Não foi possível a coleta do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO por tratar-se de situação de emergência.

1º médico/ CRM:

Assinatura e Carimbo: _____

2º médico/CRM:

Assinatura e Carimbo: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A) ANESTESIOLOGISTA

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO: _____

ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL/CRM: _____

Declaro que expliquei ao paciente (ou a seu responsável) o procedimento anestésico a ser realizado, informando detalhadamente sobre benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Todas as dúvidas foram esclarecidas, estando seguro de que a (o) paciente (ou seu responsável) está adequadamente informada (o) e esclarecida (o) para submeter-se ao procedimento anestésico proposto.

MÉDICO/CRM: _____

ASSINATURA/CARIMBO: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____