

TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO: _____

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Declaro que o Dr. _____ CRM No. _____
informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento, _____ será
necessária a administração de anestesia, conforme acima especificado.

A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais,
especialmente os seguintes: _____

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.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Testemunha

Testemunha

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.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ Hora: _____

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____ Hora: _____
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)