

Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia ou Sedação

1) Autorizo o Dr _____, a realizar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento de anestesia / Sedação: _____

2) A proposta do procedimento anestésico / Sedação a que serei submetido tem benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do procedimento que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado / obtido o melhor resultado.

3) Confiro que recebi li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com o qual não concordasse.

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____

RG nº: _____

Assinatura: _____

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

A ser preenchido pelo Anestesiologista

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

Nome do médico (legível): _____

Assinatura: _____ CRM: _____