

# Termo de consentimento - Anestesiologia

## DECLARANTE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_  Paciente  Responsável ou Representante legal

OBS.: no caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

## PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº.: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

1. Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_ CRM Nº. \_\_\_\_\_ informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_

será necessária a administração de anestesia.

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

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

4. 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.

5. 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.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

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 desse Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Médico, CRM

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

REVOGAÇÃO: RJ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)