

Etiqueta do Paciente



TERMO DE CIÊNCIA/CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade No.: _____ Órgão expedidor: _____

Obs: Sempre 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.

As propostas do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção, hemorragia, falta de ar, queda da oxigenação no sangue, queda ou aumento excessivo da pressão, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações da transfusão sanguínea, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida.

() Anestesia Geral: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos.

() Anestesia Regional: necessidade de mudança para anestesia geral, dor de cabeça, sensação de anestesia residual.

() Anestesia Local com Sedação: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas, necessidade de mudança para anestesia geral.

() Outros: _____

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)

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 se tratar de situação de Emergência.

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

Médico, CRM nº _____

Médico, CRM nº _____

REVOGAÇÃO: RJ, ____ / ____ / ____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)