

Termo de Consentimento Esclarecido para Anestesia ou Sedação

Reg. _____	Quarto _____	Leito _____
Paciente _____		

Convênio _____		

Preenchimento do Paciente:

1. Eu, _____, portador do RG/RNE nº _____, autorizo a realização do procedimento anestésico (anestesia ou sedação) : _____ pelo médico abaixo identificado ou outro médico responsável pelo procedimento de anestesia ou sedação devidamente credenciado pelo Hospital e Maternidade Brasil.

2. A anestesia ou sedação a qual serei submetido (a), bem como seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, foram claramente explicados pelo médico abaixo identificado. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, e em virtude dessas situações imprevistas, autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possam ocorrer e necessitem de alteração no cuidado em relação aquele proposto inicialmente.

4. Confirmando que recebi as explicações, li, e concordo com tudo que me foi esclarecido e tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais eu não concordasse.

() Paciente

() Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____ Doc. Identidade nº: _____

São Paulo ____/____/____

Hora: ____:____

Assinatura: _____

Preenchimento do Médico:

Expliquei sobre o procedimento anestésico ou de sedação, assim como os benefícios, riscos e alternativas ao (à) paciente acima identificado(a) e/ou seu responsável e respondi às perguntas formadas pelos mesmos. Sob meu ponto de vista, o(a) paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhes foi transmitido.

Médico: _____

CRM: _____

Assinatura