

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -
Procedimento Anestésico



Data: ____/____/____

Hora: ____:____ horas

Dados do Paciente

Paciente: _____ Setor: _____ Leito: _____

Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Data de Internação: ____/____/____ Registro: _____ Prontuário: _____

Paciente ou Representante Legal

Considerando o art.59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO os médicos anesthesiologistas responsáveis pela minha assistência, a efetuar os procedimentos anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico _____, ao qual concordei a ser submetido.

Confirmando que recebi, neste momento, todas as informações necessárias sobre o procedimento anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento além dos possíveis efeitos colaterais e complicações, tais como febre, dor de cabeça, tremores, alterações do comportamento, reações alérgicas e reações anafiláticas, algumas potencialmente fatais. Estou ciente que, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes desde já pré-autorizados. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida. Compreendo também que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico, até de forma desfavorável, e que, por isso, confirmo que repassei ao médico anesthesiologista todas as informações sobre minhas condições físicas e psicológicas, para que os dados relevantes fossem registrados na Ficha de Avaliação Pré-anestésica, e assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido. Confirmando que todas as minhas dúvidas foram sanadas e compreendo que o médico anesthesiologista somente se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos, inclusive da opção de revogação desta, caso não queira mais autorizar o procedimento.

Colatina, ES, ____ de ____ de ____

(a) acerca dos riscos e dos benefícios inerentes à transfusão de componentes sanguíneos. Estou ciente de que as transfusões, apesar de todos os testes e de todas as precauções, continuam a ter alguns riscos para os pacientes. Estou também ciente de que as transfusões, raramente podem causar reações, tais como febre, calafrios, alergias, problemas pulmonares ou cardíacos e transmissão de infecção, mas todos os cuidados disponíveis na instituição foram tomados para se evitar ao máximo estas reações. Foi-me informado que todos os testes exigidos por lei foram realizados nos doadores de sangue e estes se encontram negativos no momento da transfusão conforme a RDC 34 de 11 de junho de 2014. Confirmando ainda que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, e que estas foram respondidas satisfatoriamente.

Este consentimento é válido para o período de internação e se aplica aos pacientes com solicitação de reserva para cirurgia e/ou prescrição médica de sangue e hemocomponentes.

Aceito receber transfusões de sangue e/ou seus componentes.

Não Aceito receber transfusões de sangue e/ou seus componentes e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Identifico-me: Paciente Responsável

Importante: Em caso do paciente menor e/ou incapaz, obrigatoriamente o representante legal, deverá assinar este documento.

Nome Legível do Representante Legal: _____

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Testemunha: _____

RG ou CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do médico responsável

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha