

Procedimento Anestésico

Termo de Consentimento



Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____
 Cirurgia Proposta: _____ Data: ____/____/____/ Hora: _____
 Cirurgião: _____ Pront: _____

Sistema Circulatório: _____ _____ _____ _____ ECG: _____ Ergométrico: _____ Eco: _____ Cine: _____	Sistema Respiratório _____ _____ _____ _____ Gasometria: _____ Espirometria: _____ Rx Tórax: _____ _____
---	---

Sistema Nervoso Central: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Cavidade Oral (Intubação): _____ _____ _____ Renal-Urinário: _____ _____ _____	Exames Laboratoriais: Ht: _____ PT _____ Hb: _____ KTTTP _____ Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glic: _____ Plaq: _____ _____
--	--	---

Sistema Digestivo: _____ _____ _____ _____ _____	Ortopédico: _____ _____ _____ _____ _____	Hist Menstrual/Gravid. _____ _____ _____ _____
--	---	--

Sistema Endócrino: _____ _____ _____ _____ _____	Sangramento: _____ _____ _____ _____ _____	Alergias: _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---

Medicações em uso: _____ _____ _____ _____	Cir. Anestésias Prévias: _____ _____ _____ _____
---	---

Avaliações Complementares Realizadas: _____ _____ _____ _____	Conduta: _____ _____ Técnica Sugerida: _____ _____
--	---

Comentários: _____

Estado Físico: _____

Colatina ES, ____/____/____

 Paciente e/ou Responsável

 Médico Anestesiologista – CRM

Procedimento Anestésico

Termo de Consentimento



Eu _____ identidade nº _____, declaro que:

1- Recebi explicações detalhadas da(s) proposta(s) de procedimento(s) anestésico(s) ao qual(is) eu (ou o paciente por quem me responsabilizo) possa vir a ser submetido. Fui informado de seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas prováveis bem como, tive a oportunidade de fazer perguntas e sanar todas as minhas dúvidas, que foram esclarecidas.

2- Autorizo, portanto, a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) bem como, outro(s) que o médico anestesiológista considere necessários frente à(s) situação(ões) não prevista(s) que possa(m) ocorrer e justifique(m) intervenção(ões) diferente(s) daquela(s) discutida(s).

3- Estou ciente de que não é possível garantir a evolução, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para obter o melhor resultado.

Ass: _____ Ass: _____

Nome Paciente:

Nome Responsável:

Certifico que expliquei o(s) procedimento(s) anestésico(s) possivelmente usado(s) neste caso, seus benefícios e alternativas. Creio ter respondido satisfatoriamente todas as perguntas que me foram feitas e que o paciente/responsável tenha compreendido o que lhe foi explicado.

Colatina, ES, ____ de _____ de _____

Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

Médico, CRM

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

Colatina-ES, ____ de _____ de _____

Hora: _____

Médico, CRM

Médico, CRM

Testemunha

Testemunha

REVOGAÇÃO: ES, ____/____/____ Hora: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)