

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Paciente:

RG:

1 - O Dr.(a)

me explicou claramente a proposta do procedimento anestésico e seus benefícios, riscos, complicações e alternativas ao procedimento. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas as minhas perguntas foram respondidas inteira e satisfatoriamente.

2 - Eu autorizo o Dr.(a)

a executar em mim ou para o paciente pelo qual sou responsável o procedimento anestésico:

ou outros procedimentos que o anestesista considere necessário frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3 - Eu reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na clínica, para ser alcançado/obtido o melhor resultado.

4 - Eu confirmo que li e compreendi perfeitamente os itens acima e que todos os espaços em branco foram preenchidos antes da minha assinatura. Eu anulei quaisquer parágrafos ou palavras com as quais não estou de acordo.

Nome do Paciente e/ou Responsável:

Assinatura:

Data: ____/____/____

ABAIXO DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

Eu certifico que expliquei o procedimento anestésico, os benefícios e as alternativas, respondi satisfatoriamente a todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente/responsável compreendeu tudo que eu expliquei.

Médico

Anestesista

Data: ____/____/____

Horário: _____