



Termo de Ciência e Consentimento para a
realização de Procedimento Anestésico

Código: FO. CC. 018

Revisão: 00

O Presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável pelo médico anesthesiologista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

Deve ser preenchido pelo paciente

Autorizo o(a) Dr.(a) _____ ou outro anesthesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente as situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

A proposta do procedimento anestésico a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários a minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido(a).

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré anestésica.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anesthesiologista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Riscos adicionais específicos do paciente

Paciente/responsável

Nome:	
Data de nascimento:	Grau de Parentesco:
Doc. Identidade	
Assinatura:	



Termo de Ciência e Consentimento para a
realização de Procedimento Anestésico

Código: FO. CC. 018

Revisão: 00

Deve ser preenchido pelo anestesiológico

Expliquei o procedimento anestésico ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do Médico Anestesiologista:

CRM:

Assinatura:

Três Lagoas/MS, _____ de _____ de 20 ____.