

NOME DO PACIENTE: _____

IDADE: _____ DATA DE NASC: ____/____/____ Nº DO LEITO: _____

Nº DO RG: _____ CPF: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ TELEFONE: () _____

ENDEREÇO: _____

DECLARO estar ciente que:

1. Com meu consentimento, ou de meu representante legal, na data ____/____/____, irei me submeter a procedimento anestésico, no Hospital Estadual Central Benício Tavares Pereira, a ser realizada por médico anestesiologista, membro da equipe de anestesiologia deste hospital, com o intuito de possibilitar a realização da cirurgia, exame ou tratamento de: _____.
2. O meu estado de saúde poderá interferir na evolução do meu quadro clínico. Por isso, confirmo que repassei ao médico anestesiologista todas as informações sobre minha condição física e psicológica, para que os dados relevantes sejam registrados na Ficha de Avaliação Pré-anestésica.
3. Recebi todas as informações, orientações e esclarecimentos sobre a anestesia e os riscos inerentes aos procedimentos que serão realizados, o que inclui o risco de sangramento e possíveis efeitos colaterais ou complicações, tais como: náuseas, febre, dor de cabeça, tremores, alterações do comportamento, reações alérgicas, traumatismos dentários, dentre outras; algumas potencialmente fatais, como parada cardíaca.
4. Caso haja uma eventual complicação, outros procedimentos médicos, além da anestesia, poderão ser necessários para minimizar os riscos e danos à minha saúde, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes, desde já, pré-autorizados.
5. É minha responsabilidade seguir todas as recomendações feitas pelo médico anestesiologista, tais como o jejum para comidas, que deverá ser de 8 horas, e o jejum para água, que será de 2 horas. Além disso, antes de ir para o centro cirúrgico, devo remover a barba, brincos, piercings, anéis, dentaduras, outras próteses dentárias removíveis, apliques de cabelo, cílios postiços e outros acessórios do gênero. Descumprir essas recomendações aumenta o risco de complicações durante o procedimento, com possíveis danos a minha saúde, como no caso de broncoaspiração de conteúdo gástrico (o alimento sai do estômago e alcança os pulmões), queimaduras de pele e mucosas em contato com acessórios metálicos, hipoxemia (oxigênio baixo no sangue) devido dificuldades de ventilação sob máscara facial pela presença de barba, dentre outros.

6. O médico anestesiologista atuará com ética e zelo profissional, comprometendo-se com as melhores práticas, dentro das possibilidades que a literatura médica e as condições de trabalho lhe propiciam.
7. Estou ciente que posso revogar este consentimento no momento anterior a realização dos procedimentos.

Portanto,

AUTORIZO a realização da anestesia, bem como os demais procedimentos médicos que se façam necessários ao restabelecimento ou manutenção da minha saúde/saúde do paciente pelo qual legalmente me responsabilizo.

AUTORIZO a realização da anestesia, bem como os demais procedimentos médicos, à exceção da transfusão sanguínea, que se façam necessários ao restabelecimento ou manutenção da minha saúde/saúde do paciente pelo qual legalmente me responsabilizo, conforme formulário de recusa em anexo assinado.

Nome por extenso do paciente ou seu responsável legal

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Vitória, ____/____/____.

Deve ser preenchido pelo médico:

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

Vitória: ____/____/____ Hora: ____:____ H