

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 o de 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 saúde, ficando estes, desde já, pré-autorizados, salvo **exceção da transfusão sanguínea**.
5. Em gozo de plena capacidade mental e autonomia, exerci o direito garantido pela Constituição brasileira de manifestar à equipe de anestesiologia e à direção técnica do hospital minha absoluta recusa à transfusão sanguínea.
6. Havendo **risco iminente de morte** que convença o médico anestesiologista a transfundir sangue, ou seus componentes, ele informa que assim o fará, impelido pelo dever legal e ético de preservar a vida, ainda que contra minha vontade expressa.
7. Cabe ao hospital fornecer, com a devida antecedência, os recursos necessários para a adoção de estratégias alternas, cujo objetivo seja reduzir ou evitar a transfusão sanguínea.

8. 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.
9. 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.
10. 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, à **exceção da transfusão sanguínea**, que se façam necessários ao restabelecimento ou manutenção da minha saúde/saúde do paciente pelo qual legalmente me responsabilizo.

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_:\_\_\_\_