



FORMULÁRIO – CENTRO CIRÚRGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Código: F.HABF.015

Versão: 00

Elaboração: 15/06/2022

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Responsável (quando paciente é menor de idade ou incapaz): _____

Grau de Parentesco: _____

RG: _____ CPF: _____ Data: ____/____/____. Horário: ____:____.

Este Termo de Consentimento tem como objetivo permitir a Livre Escolha do paciente em submeter-se ou não ao(s) procedimento(s) identificado(s) acima. Para tal fato, declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, por minha escolha, em data de ____/____/____, estarei me submetendo a procedimento(s) anestésico(s) de _____ no Hospital Antônio Bezerra de Faria, a ser realizado pelo anestesiolgista supracitado ou outro membro de equipe de anestesiolgista do hospital, a fim de possibilitar a realização do procedimento _____.

Também estou ciente de que, para minha segurança e benefício, existe a possibilidade de mudança de conduta anestésica durante o procedimento e que, em caso de risco iminente de vida, abro mão das minhas escolhas e autorizo todo e qualquer procedimento que preserve o meu direito a vida.

02. Declaro também expressa ciência de que o anestesiolgista exerce atividade de meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca do meu bem-estar geral e preservação de minha vida.

03. Declaro ainda que me foi explicado sobre as condutas e riscos que envolvem o ato anestésico em questão, através de palavras claras e compreensíveis pelo anestesiolgista, tendo tido oportunidade para escolher entre submeter-me ou não ao ato anestésico supracitado e, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro também que prestei ao anestesiolgista todas as informações necessárias acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico, destes os principais são: lesão de nervos, sangramentos, sequelas, parada cardíaca e morte. Ciente disso, persisto em realizar o(s) procedimento(s).

04. Declaro mais, que meu internamento no hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o anestesiolgista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

05. Entendi que procedimentos menores podem ser realizados com anestesia local ou até mesmo sem anestesia. Na maioria dos casos, não realizar anestesia ou sedação poderá impossibilitar a realização do procedimento acima.

06. Declaro que fui informado (a) que poderei a qualquer momento antes do procedimento, revogar o meu consentimento.

07. Declaro que eu li e entendi todo o conteúdo deste documento, em todos os seus termos, e que posso esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento, bastando para isso, solicitar a presença do anestesiológico.

Vila Velha, _____ de _____ de 20_____.

Nome por extenso do paciente ou seu responsável legal

Assinatura