

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO	CÓDIGO/REVISÃO/VERSÃO FOR.002.ASS.CIR.UNI V.01 R.00 22/01/2024
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	ÁREA: CENTRO CIRÚRGICO	PÁGINA: 1 de 1

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Data Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal):*

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____ Grau de Parentesco: _____

Consentimento para a execução de anestesia apropriada à condição do paciente e ao procedimento diagnóstico ou terapêutico proposto, através da(s) seguinte(s) técnicas (s):

() Raquimedular; () Sedação; () Peridural; () Bloqueios diversos; () Anestesia geral;
() Anestesia combinada; () Outro: _____

1. Autorizo o Dr.(a) _____ ou outro anestesista credenciado pelos hospitais dos Recursos Próprios da Unimed Fortaleza, a realizar na minha pessoa, anestesia/sedação para o seguinte procedimento _____

2. Estou ciente do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente pelo médico anestesista. Também fui informado(a) que os métodos, técnicas e fármacos usados serão indicados pelo médico anestesista responsável. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Compreendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, pois que a medicina não é ciência exata, e que eventualmente os organismos podem apresentar variações individuais ou responder de forma diferente da esperada.

3. Estou ciente que o procedimento ao qual serei submetido poderá se realizar na ocorrência de uma pandemia e/ou endemia. Isto implica em riscos de infecção no período perioperatório, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento anestésico e me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.

4. Estou ciente de que devo comunicar a equipe assistencial quando houver dor. Compreendi que a dor pode ocorrer no pós operatório, e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário, conforme definição médica.

5. Autorizo a equipe médica a realizar a modificação da técnica anestésica e/ou qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6. Autorizo a equipe médica a realizar a coleta de sangue para pesquisas de HIV ou outras doenças para casos de acidente com perfuro cortante.

7. Concordo em receber sangue e/ou hemoderivados conforme a indicação médica. Em caso de necessidade ou de risco de morte desde já autorizo a equipe médica a realizar transfusões. Sim Não

8. Estou ciente de que devo comunicar ao médico anesthesiologista eventuais doenças ou alergias que eu conheça ter, medicações que eu faça uso habitual, assim como qualquer dificuldade prévia que eu tenha apresentado em procedimentos anestésicos ou cirúrgicos anteriores.

9. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Hora: ____:____

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREECHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

Eu _____ CRM _____ expliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Carimbo e assinatura do médico anesthesiologista