SEXO:

**Diretor Técnico Médico - Dr:** Euler Roberto Fernandes Manenti - CRMRS - 11479



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA NASCIMENTO:** |  | NOME DA MÃE: |
| **PRONTUARIO:** |  | IDADE: CONVÊNIO: |
| ATENDIMENTO: |  | **MÉDICO ASSISTENTE:** |
| DATA ATENDIMENTO: |  | LOCAL DO ATENDIMENTO: |

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA ou SEDAÇÃO**

TESTE RIS

AUTORIZO o Dr.(ª)

Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Mãe de Deus ou de responsável pelo pelo paciente

, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais,

e todos os demais profissionais vinculados a assistência, credenciados pelo Hospital Mãe de Deus, a realizar o seguinte procedimento anestésico/sedação: Anestesia Geral Bloqueio Regional Sedação Suporte Vital

Outros:

Declaro que fui esclarecido(a) que este procedimento anestésico/sedação é necessário para a realização do procedimento o qual, no momento, é proposto para realização. Este procedimento anestésico/sedação me foi explicado de forma clara pelo médico, acima citado, tendo sido orientado(a) quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, e tendo compreendido quer antes, durante e depois do procedimento, de acordo com as necessidades de cada caso, serão realizadas monitorização cardíaca, verificação de pressão arterial, da concentração de oxigênio no sangue, do gás carbônico expirado, diurese, temperatura corporal, perda de líquidos, sangue, entre outros controles.

Tenho conhecimento de que o médico assistente deverá conhecer o meu (do paciente) estado de saúde prévio, doenças passadas, medicações em uso, doenças familiares, e que isso é importante para o planejamento da anestesia, motivo pelo qual me comprometo a prestar-lh e tais informações.

Fui informado(a) que as ações médicas necessárias para promover o estado de anestesia/sedação ou a própria cirurgia podem desencadear complicações tais como: dificuldades respiratórias, transtornos cardíacos e vasculares, reações alérgicas ou tóxicas, lesões bucais, na pele, alterações neurológicas, entre outras mais graves e complexas.

Durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras drogas ou outras técnicas (anestesia parcial complementada com anestesia geral ou geral complementada com bloqueio), buscando sempre o melhor resultado.

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal impressa, do Código de Ética Médica, é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento/tratamento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de vida apurado.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Assinatura do paciente ou responsável Assinatura do anestesista responsável Testemunhas

Nome e RG Nome e RG

Data do Documento: