

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO (ANESTESIA OU SEDAÇÃO)	CAP 007
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados ao(s) Procedimento(s) anestésico/Sedação ao(s) qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Santa Rosália.

Autorizo o médico ou outro médico/anestesiologista pertencente ao corpo clínico do Hospital Santa Rosália a realizar o seguinte Procedimento Anestésico

(Anestesia ou Sedação): _____

A proposta do(s) Procedimento(s) Anestésico(s) a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente pelo médico. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, assim como pode ser necessária à modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____