



## Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Anestesista

<b>Setor: Centro Cirúrgico</b>	<b>Código N°: FQ-CCO-002</b>	<b>Tipo: FQ</b>
<b>MA: 2/5 - Atendimento Cirúrgico</b>	<b>Revisão N°: 01</b>	<b>Página: 1/1</b>

Paciente: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

1. Autorizo o Dr.(a) \_\_\_\_\_ a realizar na minha pessoa, o seguinte procedimento anestésico/sedação: \_\_\_\_\_

2. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4. Documentação recebida:  Não  Sim Qual: \_\_\_\_\_

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade N.º: \_\_\_\_\_

Campo Grande \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

### *Deve ser Preenchido pelo Médico*

Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre 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: \_\_\_\_\_

### *Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais*

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade N.º \_\_\_\_\_ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Adventista do Pênfigo, até sua residência.

Grande \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_