



Termo de Ciência e Consentimento para Anestesia ou Sedação

1. Autorizo o Dr. _____, ou outro Anestesiologista credenciado no A.C.S.C. Hospital Santa Catarina, ou a Equipe de Anestesia do Hospital, a realizar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável o seguinte procedimento de Anestesia / Sedação:

_____.

2. A proposta do procedimento Anestésico / Sedação a que serei submetido, tem benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas do procedimento me foram explicadas claramente. 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.

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

4. Confirmando que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade

Paciente Responsável

Nome legível: _____

Grau de Parentesco: _____

RG nº: _____

Assinatura: _____

São Paulo ____ de _____ de _____. Hora: ____ / ____

A ser preenchido pelo Anestesiologista

Expliquei o procedimento Anestesia / Sedação ao paciente acima identificado, ou seu responsável sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido satisfatoriamente todas as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado.

Nome do médico (legível): _____

Assinatura: _____ CRM.: _____