

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO</b>	<b>Código:</b>
		DC.NSP.00000-03
		<b>Versão:</b>
		<b>02</b>
		Criado em: 24/06/2020
Nome do arquivo:	DC.NSP.00000-03_ TERMO DE CONSENTIMENTOLIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO.docx	

☐ Paciente ☐ Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ GraudeParentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ ☐ Não há testemunha

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Etiqueta  
do  
Paciente**

- Pelo presente termo, eu \_\_\_\_\_ paciente/responsável, portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, autorizo que o profissional abaixo indicado realize os procedimentos anestésicos ou de sedação necessários para realização da cirurgia \_\_\_\_\_.
- Declaro para os devidos fins e de direito que fui informado sobre:
  - As condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito ao ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.
  - A possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes durante os procedimentos cirúrgicos/anestésicos.
  - Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico ou de sedação poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco a vida.
  - A possibilidade de que os procedimentos realizados visam à integralidade e preservação da vida e saúde, não estando, no entanto, livre de intercorrências ou efeitos colaterais.
  - O fato de que o tabagismo, o uso de álcool ou de drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior de complicações no ato anestésico-cirúrgico.
  - O fato de que o (a) médico (a) anestesiológico e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados nos procedimentos anestesiológicos propostos.
  - As complicações que podem ocorrer as quais são inerentes ao procedimento anestésico e/ou de sedação: \_\_\_\_\_
- A necessidade de realização do referido procedimento, tendo sido oportunizado realizar todas as perguntas pertinentes, as quais me foram respondidas em sua totalidade, não restando quaisquer dúvidas.
- Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro do limite de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas, estando ciente dos riscos acima descritos.
- Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem-estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_.

Ass.: (Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

**DEVE SER PREENCHIDO PELO CIRURGIÃO:**

---

- ☐ Confirmo sobre o procedimento anestésico/sedação ao (a) paciente e/ou responsável, seus benefícios e riscos, possibilitando, também, o esclarecimento de perguntas formuladas pelos mesmos. Entendo que o (a) paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

---

Médico

CRM