

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO CONSCIENTE

Declaro que estou ciente do fato de que, estarei submetendo-me a procedimento sedação consciente para realização de tratamento clínico e/ou exame: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

A proposta desse procedimento de sedação possui benefícios e riscos que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me 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 local em busca do melhor resultado. Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças cirúrgicas, anestesias anteriores, outros). Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento. Confirme que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com os quais não concordasse. Também, entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar esse consentimento, antes que o procedimento e/ou exame se realize. ( ) Paciente ( ) Responsável legal / Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Fortaleza-Ce \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

DENTISTA Eu, \_\_\_\_\_, número do conselho profissional. nº \_\_\_\_\_ expliquei o procedimento de sedação ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Informado e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização do procedimento e/ou exame proposto.

Assinatura do Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Fortaleza-Ce \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_