



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE Anestesia e Sedação

Paciente:

DN:

/ /

CPF/RG:

Registro SES:

CID:

Autorizo o médico anesthesiologist (below identified) or other doctor registered in the Hospital \_\_\_\_\_ a realizar a seguinte técnica anestésica ou sedação:

para realização da(o) seguinte cirurgia/procedimento proposta(o):

A proposta do procedimento anestésico/sedação acima especificado, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas de forma satisfatória e 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 de Base do Distrito Federal para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações inesperadas durante o procedimento que não foram discutidas previamente, inclusive com o risco de morte.

Pode também ser necessária a modificação da proposta inicial da anestesia em virtude de situações imprevistas.

Autorizo ainda quaisquer outros exames, tratamentos ou procedimentos que, segundo a avaliação da equipe médica, sejam necessários para a manutenção de minha saúde.

Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade de esclarecer questões que julgo importantes.

### AUTORIZAÇÃO E CIÊNCIA

<input type="checkbox"/> Paciente
<input type="checkbox"/> Responsável / Parentesco: _____
Nome _____
Assinatura _____
Local/Data _____
AUTORIZO O PROCEDIMENTO ANESTÉSICO DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

### REVOGAÇÃO

<input type="checkbox"/> Paciente
<input type="checkbox"/> Responsável / Parentesco: _____
Nome _____
Assinatura _____
Local/Data _____
REVOGO NESTA DATA QUALQUER AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA OU SEDAÇÃO PROPOSTAS, RESPONSABILIZANDO-ME PELAS CONSEQUÊNCIAS.

### CONFIRMAÇÃO DO(A) MÉDICO(A) ANESTESIOLOGISTA

<input type="checkbox"/> Declaro ter fornecido todas as informações necessárias ao claro entendimento do procedimento proposto ao paciente e considere o responsável pela assinatura deste TCLE suficientemente capaz para compreender o que foi lhe esclarecido.	Nome _____ Assinatura/Carimbo do Médico/Matrícula SES _____ Local/Data _____
<input type="checkbox"/> Declaro que não houve possibilidade para o esclarecimento amplo do procedimento proposto por se tratar de situação de URGÊNCIA ou de EMERGÊNCIA.	