

 <b>HOSPITAL ADVENTISTA DE SÃO PAULO</b>	<b>Termo de consentimento informado para procedimento anestésico</b>	Código N°: FQ-CCO-004
		Revisão N°: 03
		Tipo: FQ
<b>Setor: Centro Cirúrgico</b>		<b>Página: 1/1</b>

O presente Termo de Ciência de Consentimento para Procedimento Anestésico tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto ao procedimento anestésico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Adventista de São Paulo.

Autorizo o médico anestesista abaixo identificado, ou qualquer outro membro da equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_ devido qualquer complicação informada.

Declaro ainda que:

1. Fui informado quanto ao procedimento anestésico/sedação a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais conforme exemplificadas abaixo e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
2. Tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperados e não discutidos, inclusive risco de morte.
3. Afirmando que prestei todas as informações relativas às minhas alterações de saúde, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas e experiências ou complicações com anestesia minhas e familiares, medicações em uso e hábitos. Qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.
4. Autorizo outros procedimentos necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daquelas inicialmente propostas.
5. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
6. Principais riscos anestésicos exemplificados:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

**Assinatura do paciente e/ou responsável:** \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente/responsável o propósito, benefícios, riscos e alternativas para o procedimento descrito acima. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pelo procedimento anestésico a que será submetido.

**Assinatura do Anestesiologista:** \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_