

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO RELACIONADO A PROCEDIMENTO DE ANESTESIA E SEDAÇÃO

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar o paciente e/ou seu responsável sobre os aspectos relacionados ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) será submetido(a)

1. Autorizo um médico do HCFMUSP a realizar em minha pessoa o seguinte procedimento anestésico ou de sedação: _____
2. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.
3. Reconheço que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas sim que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis neste hospital para ser alcançado o melhor resultado.
4. Autorizo todos os procedimentos, exames e tratamentos, que sejam necessários durante o ato anestésico proposto ou que possam ser necessários em situações imprevistas que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. Fui claramente informado sobre a indicação médica do(s) PROCEDIMENTO(S) HEMOTERÁPICO(S), seus benefícios, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos, bem como, sobre possíveis alternativas. Em caso de necessidade:

- AUTORIZO O PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO**
- NÃO AUTORIZO O PROCEDIMENTO HEMOTERÁPICO**

OBS: No caso de recusa ao uso de sangue e hemocomponentes o paciente/responsável deverá assinar autorização específica.

5. Confirmando que fui informado, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente Responsável

Nome Legível _____ Identidade Nº _____

Assinatura _____ Grau de Parentesco _____

A ser preenchido pelo Médico

Sem possibilidade de assinatura do Termo de Consentimento (Procedimento de Urgência)

São Paulo, 15/03/2020 Hora: _____

Expliquei ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre todo o processo transfusional e também sobre os riscos, riscos e complicações inerentes, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____