



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento deve ser preenchido e assinado pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados

**Identificação  
do  
Paciente**

Colar etiqueta ou, na sua falta, preencher nome completo, data de nascimento e número de prontuário

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O SEGUINTE PROCEDIMENTO

ANESTESIA  SEDAÇÃO

**Procedimento:** \_\_\_\_\_

**Riscos e complicações potenciais:** \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento de anestesia/sedação proposto e especificado acima e que os seus benefícios, riscos e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores etc). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência / emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/anestésico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização está, desde já, autorizada.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas, que compreendo o alcance e riscos do procedimento acima descrito e que, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Dados do representante legal, quando pertinente:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

RG nº/expedido por: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Declaro que prestei as informações necessárias ao(a) paciente e/ou ao seu representante legal, explicando o procedimento de anestesia/sedação acima descrito, ao qual ele(ela) será submetido(a) e esclarecendo sobre os objetivos esperados, seus riscos e alternativas. Visando sanar as dúvidas apresentadas, respondi a todas as perguntas formuladas e acredito ter sido compreendido,

Nome (legível): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

### PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA - Firmada por 02 (dois) médicos da equipe que assiste o paciente

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de situação emergencial para o paciente, situação caracterizada nem seu prontuário.

Nome do médico (legível): \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Nome do médico (legível): \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

### REGISTRO DA REVOGAÇÃO DESTES TERMO, SOLICITADA APÓS SUA ASSINATURA E ANTES DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO PROPOSTO:

RJ, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante legal)