

# APÊNDICE B

# Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento (Consentimento Informado) para Anestesia e Sedação

**NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG HC/UFTM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorizo o médico anestesiologista (abaixo identificado) ou outro médico cadastrado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a realizar a seguinte técnica anestésica ou sedação: , para realização da (o) seguinte cirurgia/procedimento proposta(o):

no paciente acima citado.

A proposta do procedimento anestésico/ sedação acima especificada, seus benefícios, riscos, complicações potenciais, alternativas e analgesia pós-operatória/procedimento me foram explicados 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 para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o procedimento, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial da anestesia em virtude de situações imprevistas.

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

# Preenchido pelo paciente ou responsável:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Paciente– Assinatura usual do paciente:** | | **Uberaba**  **,**  **\_/ \_/ Hora: :** |
| **Aplicável se responsável** | **Responsável**  **Nome**: **Assinatura: Doc. Identidade nº**: **Grau de Parentesco:** |

**Preenchido pelo médico:**

Expliquei sobre o procedimento anestésico/sedação ao paciente acima identificado e/ou seu responsável, assim como os benefícios, riscos, alternativas e analgesia pós-operatória/ procedimento, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

**Nome:**

**Assinatura:**

**CRM:**

O nome e CRM podem ser substituídos pelo carimbo legível

APÊNDICE B do Protocolo de Cirurgia Segura do HC/UFTM

versão 1.0