



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Eu, paciente _____, portador do documento de identidade nº _____, data de nascimento ____/____/____, telefone (____) _____, **declaro que:**

- 1) Eu acima identificado, fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido, complementando as informações prestadas pelo meu médico e pela equipe de colaboradores e prestadores de serviços do Mário Palmério Hospital Universitário. Autorizo o médico abaixo identificado a realizar o seguinte procedimento anestésico proposto: _____.
- 2) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesista, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anestesista. A proposta do procedimento anestésico a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.
- 3) Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Mário Palmério Hospital Universitário, sendo esta uma obrigação de meio e não de resultado em razão de sua natureza.
- 4) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- 5) Declaro que, por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista de todas as doenças e complicações, inclusive alergia que tive decorrente de anestesia e medicamentos por mim tomados no último ano.
- 6) Declaro ainda que fui informado(a) pela equipe médica que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, como: maconha, cocaína, anfetamina e outras, além do álcool, são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido(a), cujo rol de complicações e intercorrências que poderão sobrevir foram a mim esclarecidas.
- 7) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com os quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Uberaba/MG, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

- 1) Nome: _____
Assinatura: _____
CPF nº: _____
Grau de parentesco do responsável: _____

PREENCHIMENTO DO MÉDICO:

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas de tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável entendeu o que expliquei.

Médico (Nome completo) _____ CRM: _____
Assinatura: _____