

Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Anestesiologista.

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Resolução Conselho Federal de Medicina CFM nº 1802/2006, Artigo 1º, C, III

1. Autorizo o anesthesiologista da CAB - Clínica de Anestesia da Bahia Ltda., a realizar em mim ou no paciente pelo qual sou responsável, o procedimento anestésico indicado para a cirurgia / exame diagnóstico proposto.
2. A proposta do procedimento anestésico / sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos (mínimos, moderados ou graves), complicações potenciais e alternativas do procedimento me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista 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.
3. Foi esclarecido que o descumprimento do jejum e a omissão deste, pode levar a complicações durante o período transoperatório como: broncoaspiração, pneumonia aspirativa e até óbito. Estou ciente que o procedimento poderá ser suspenso.
4. No caso do sexo feminino, declaro que obtive informações que este procedimento não deve ser realizado caso haja suspeita de gravidez, que prestei todas as informações acerca da minha condição clínica e que conheço todos os riscos caso esteja grávida.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exames, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. () **Sim** () **Não obs.:** _____
6. Autorizo a utilização dos dados clínicos deste procedimento em trabalhos científicos, publicações em congressos ou outras atividades de cunho científico (não serão utilizadas imagens, apenas dados): () **Sim** () **Não obs.:** _____

Confirmando que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, e que me foi dada a oportunidade de anular qualquer espaço em branco, palavras ou parágrafos com os quais não concordasse.

() **Paciente**

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

() **Responsável**

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Anestesia, Sedação ou Acompanhamento do Anestesiologista.**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____

A SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o sobre os benefícios, riscos e alternativas. CONFIRMO ter respondido satisfatoriamente às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____