

**Identificação do Paciente**

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

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

**Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.****Responsável ou Representante Legal**

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

Identidade nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

**Procedimento cirúrgico a ser realizado:** \_\_\_\_\_1. Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_  
informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_

será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento cirúrgico que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: \_\_\_\_\_

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anesthesiologista.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

6. Assim declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, me sendo prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

8. Confirmo que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento se realize(m).

 Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico**

Expliquei todo o procedimento, anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, bem como sobre o preparo necessário, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Termo de acompanhante/ responsável/ representante legal do paciente**

Eu, \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós anestesia/ sedação e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento realizado no Hospital Di Camp.

Rio de Janeiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_