

## TERMO DE CIÊNCIA

### TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável pelo médico anesthesiologista dos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao(s) qual(is) será submetido.

### DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE:

Autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ ou outro anesthesiologista por ele indicado a realizar o procedimento anestésico ou outros que considere necessários frente a situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, inclusive transfusão de sangue.

A proposta do procedimento anestésico a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos inerentes, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente e de receber esclarecimentos necessários à minha compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido.

Declaro que nada omiti em relação à minha saúde e hábitos nas informações que forneci e que foram transcritas para a ficha de avaliação pré-anestésica.

Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, que o anesthesiologista exerce atividade de meio, mas, que o mesmo obriga-se a prestar seus serviços com zelo e diligência, utilizando todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, em busca dos melhores objetivos possíveis.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi dada a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

### RISCOS ADICIONAIS ESPECÍFICOS DO PACIENTE

---

---

---

### PACIENTE / RESPONSÁVEL

NOME: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DOC IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### DEVE SER PREENCHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA:

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

NOME MÉDICO ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

