



**Termo de Ciência e Consentimento
para Anestesia, Sedação ou
Acompanhamento do Anestesista**

Resolução CFM 1802 / 2006

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Atendimento: _____ Leito: _____

Cirurgião: _____ Setor: _____

1. Autorizo o(a) anestesiológico(a) Dr.(a) _____
ou outro anestesiológico credenciado pela Rede Primavera a realizar na minha pessoa o procedimento anestésico/sedação abaixo:

2. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Documentação recebida: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____

5. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente/

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Responsável/

Grau de Parentesco: _____ Identidade N.º: _____

Aracaju, (SE) ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo anestesiológico

Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado e/ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as 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(a) médico(a): _____ CRM: _____

Assinatura: _____

Termo de acompanhamento do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade N.º _____
responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Primavera, até sua residência.

Aracaju (SE) ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____