

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO  
PARA ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO**

Declaro que estou ciente do fato de que, estarei submetendo-me a procedimento anestésico na **Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora** para realização de cirurgia e/ou exame: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

A proposta desse procedimento anestésico/sedação possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital em busca do melhor resultado.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças cirúrgicas, anestésias anteriores, outros).

Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluído transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que recebi explicações, 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. Também, entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar esse consentimento, antes que o procedimento e/ou exame se realize.

( ) Paciente ( ) Responsável legal / Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO MÉDICO**

Eu, \_\_\_\_\_, CRMMG nº \_\_\_\_\_

( ) Expliquei o procedimento de anestesia/sedação ao paciente anteriormente identificado, ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido e esclarecido todas as perguntas formuladas por ele. De acordo com meu entendimento, o paciente/responsável compreendeu tudo o que foi explicado. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Informado e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a realização do procedimento e/ou exame proposto.

( ) Devido ao estado clínico/cirúrgico emergencial do paciente, supra citado, não foi possível fornecer ao paciente/responsável as informações necessárias para obtenção deste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, por tratar-se de situação de Emergência.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura/carimbo Médico: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO SOMENTE NO CASO DE REVOGAÇÃO**

No uso do meu direito citado neste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido venho revogar minha autorização para a realização do procedimento e/ou exame proposto que ainda não foi efetivado.

( ) Paciente ( ) Responsável legal / Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_