

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Peso: _____ Kg Altura: _____ Pront.: _____ Data: ____/____/____

Hora: _____:_____

Cirurgia proposta: _____ Cirurgião: _____

SISTEMA CIRCULATÓRIO: _____

ECG: _____

Ergométrico: _____:

Eco: _____

Cine: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: _____

Gasometria: _____

Espirometria: _____

Rx Tórax: _____

SISTEMA NERVOSO CENTRAL:

CAVIDADE ORAL (INTUBAÇÃO):

EXAMES LABORATORIAIS:

Ht: _____ TP: _____

Hb: _____ KTCP: _____

Na _____ K: _____

Ur: _____ Cr: _____

Glic: _____ Plaq: _____

RENAL-URINÁRIO: _____

SISTEMA DIGESTIVO: _____

ORTOPÉDICO: _____

HIST MENSTRUAL/GRAVID: _____

SISTEMA ENDÓCRINO: _____

SANGRAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIR. ANESTESIAS PRÉVIAS: _____

AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES REALIZADAS: _____

CONDUTA: _____

TÉC. SUGERIDA: _____

COMENTÁRIOS: _____

ESTADO FÍSICO:

Pindamonhangaba-SP, ____/____/____.

Paciente e/ou Responsável

Médico Anestesiologista - CRM

Eu _____ identidade nº _____, declaro que:

1- Recebi explicações detalhadas da(s) proposta(s) de procedimento(s) anestésico(s) ao qual(is) eu (ou o paciente por quem me responsabilizo) possa vir a ser submetido. Fui informado de seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas prováveis bem como, tive a oportunidade de fazer perguntas e sanar todas as minhas dúvidas, que foram esclarecidas.

2- Autorizo, portanto, a realização do(s) procedimento(s) descrito(s) bem como, outro(s) que o médico anesthesiologista considere necessários frente à(s) situação(es) não prevista(s) que possa(m) ocorrer e justifique(m) intervenção(es) diferente(s) daquela(s) discutida(s).

3- Estou ciente de que não é possível garantir a evolução, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para obter o melhor resultado.

Ass: _____

Ass: _____

Nome Paciente: _____

Nome Responsável: _____

foram feitas e que o paciente/responsável tenha compreendido o que lhe foi explicado.

Pindamonhangaba-SP, ____/____/____ Horário ____:____

Ass: _____

Médico Anesthesiologista - CRM _____

Código de Ética Médica - Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.