

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo é um direito do paciente e um dever do médico. Ele atende as exigências estabelecidas pelo Código de Ética Médica, nos Artigos 22 e 34.

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Identidade: _____

Nome do responsável: _____

Parentesco: _____ Identidade: _____

Autorizo o médico anestesiologista Dr. _____ CRM: _____
a realizar os atos anestésicos necessários para os procedimentos a que serei submetido e declaro, para fins legais:

1. Que estou ciente que, a meu pedido, estarei sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, na data e hospital designados, a ser aplicada pelo Anestesiologista acima denominado;
2. Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista que me examinou, tendo tido a oportunidade de receber esclarecimentos e todas as informações necessárias a minha perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico;
3. Que reconheço que o Médico Anestesiologista que aplicará a anestesia exerce atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
4. Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa, sem omitir qualquer fato ou elemento, informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;
5. Que foram informados pelo Médico Anestesiologista os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico;
6. Que minha internação no Hospital referenciado deu-se por livre e espontânea vontade, e que tenho conhecimento que o Médico Anestesiologista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade, não se obrigando ou se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou da internação como um todo;
7. Que, em retribuição ao atendimento anestésico, efetuei o pagamento, em favor do Médico Anestesiologista, a título de honorários médicos, a importância de R\$ _____, da seguinte forma: _____.
8. Finalmente, declaro que tenho conhecimento que o valor cobrado não está vinculado a tabelas de planos e/ou seguros de saúde, sendo a Tabela da AMB última versão utilizada como referencial. Os valores cobrados podem ser diferentes dos valores reembolsados.
9. [] Eu autorizo que informações técnicas referentes à minha anestesia sejam utilizadas para fins de pesquisa científica.
[] Eu não autorizo que informações técnicas referentes à minha anestesia sejam utilizadas para fins de pesquisa científica.
10. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____ Hora: _____

Assinatura do paciente (ou de seu responsável)

Expliquei todo o ato anestésico ao paciente _____
(ou ao seu responsável), incluindo os benefícios, riscos e alternativas, e respondi às perguntas que me foram formuladas.

De acordo com o meu entendimento, o paciente está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____ Hora: _____

Anestesiologista responsável pela consulta