TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
Cole aqui a etiqueta Nome:_____ RH:_____ DN:____/____/_____ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome:_____ _____ Grau de Parentesco:_____ RG:_____ Telefone:(____)_____

Autorizo de livre vontade, que um dos médicos anestesiologistas do corpo clínico do Hospital PUC-Campinas, execute em mim ou para o paciente pelo qual sou responsável, o procedimento anestésico necessário para a cirurgia proposta ou outros procedimentos que o anestesiologista considere necessário, frente à situação imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Estou ciente que serão utilizados todos os recursos, medicamentos, equipamentos disponíveis no hospital, para ser alcançado / obtidos o melhor resultado.

Confirmo que no momento da avaliação pré-anestésica, recebi explicações, segundo informações escritas na minha ficha pré-anestésica, li, compreendi e concordo com os termos deste documento e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas pelo Médico Anestesiologista.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **PROCEDIMENTO ANESTÉSICO** proposto.
Campinas, _____de _____ de _____.

_____ Médico Anestesista

_____ Paciente ou Representante ou Responsável

Testemunha:_____ R.G.:_____

Testemunha:_____ R.G.:_____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: _____/_____/_____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:_____

_____ Médico

_____ Paciente ou Representante ou Responsável