

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO DURANTE PANDEMIA CORONAVÍRUS	CÓDIGO/REVISÃO/VERSÃO FOR.047.ASS.CIR.HRU 21/11/2022 – V.05
SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	ÁREA: CENTRO CIRÚRGICO	PÁGINA: 1 de 1

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Data Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal)*

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

1. Autorizo o Dr.(a) _____ ou outro anestesiológico credenciado pelo Hospital Regional Unimed Fortaleza a realizar na minha pessoa, anestesia/sedação para o seguinte procedimento _____.

2. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente pelo médico. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Estou ciente que o procedimento ao qual serei submetido se realizará na ocorrência da pandemia de COVID-19 (Coronavírus). Isto implica em riscos de infecção no período perioperatório, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento anestésico e me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, **antes** que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Hora: ____: ____: _____.

Assinatura do paciente ou responsável

DEVE SER PREECHIDO PELO ANESTESIOLOGISTA.

Expliquei todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, 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 responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Carimbo e assinatura do médico anestesiológico