

Termo de consentimento livre e esclarecido para anestesia e sedação em Ressonância Magnética Pediátrica

Tendo em vista a indicação do procedimento: _____, autorizo a equipe de anestesia deste hospital a realizar o procedimento anestésico: _____.

Este procedimento necessita de anestesia geral e possui benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que me foram explicadas claramente. Embora a moderna anestesia seja muito segura, não está isenta de riscos. Uma baixa incidência de problemas cardíacos (hipertensão/hipotensão arterial, arritmia cardíaca, parada cardíaca, infarto), acidente vascular cerebral, problemas respiratórios (diminuição da frequência e/ou amplitude respiratória, parada respiratória), problemas de náusea/vômito, dor de garganta, dor de cabeça, reações alérgicas leves ou graves, problemas do sistema neurológico (paresia/parestesia, crise convulsiva), despertar prolongado, lesão dentária e labial, aspiração do conteúdo gástrico, alterações visuais, queda da oxigenação e até óbito. A taxa de mortalidade está relacionada com a gravidade do paciente e o procedimento a ser realizado.

Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados obtidos, mas que serão empregados todos os recursos disponíveis no hospital em busca de minha recuperação.

Autorizo qualquer outro procedimento que a equipe de anestesia julgue necessário para conduzir situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmo que, li, compreendi, recebi explicações e opções referentes ao procedimento anestésico a que devo me submeter.

Autorizado por: _____.

(letra legível) () paciente () responsável

Assinatura: _____ RG: _____

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Deve ser preenchido pelo anestesiológico

Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima especificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome ou carimbo do médico _____ Ass: _____ CRM _____