

患者氏名 :
患者 ID :

Formulário de consentimento para anestesia

Se você concordar em receber anestesia, assine abaixo.

Recebi uma explicação completa sobre a anestesia e seus riscos, lendo as “Informações sobre anestesia”, e entendi o conteúdo. Portanto, concordo em receber anestesia.
Concordo também com os procedimentos adequados que possam ser realizados caso seja necessária uma mudança em um método anestésico ou tratamento urgente durante a anestesia. (Mesmo depois de assinar o consentimento, você poderá revogá-lo a qualquer momento.)
Além disso, entendo que minha anestesia possa ser cancelada com base no parecer de meu médico e/ou anestesiolologista.

Data do acordo: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Nome do paciente: _____ (em letra de forma)

Assinatura do paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Nome do representante: _____ (em letra de forma)

Assinatura do representante: _____ (relação com o paciente: _____)

Endereço do representante: _____

Se você se recusar a receber anestesia, leia a seguinte declaração. Se você a entendeu, assine abaixo.

Recebi uma explicação sobre a necessidade da anestesia; contudo, recuso-me a receber anestesia. Não responsabilizarei o meu médico, o anestesiolologista nem o hospital quanto às consequências da minha decisão.

Data da assinatura: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Nome do paciente: _____ (em letra de forma)

Assinatura do paciente: _____

Endereço do paciente: _____

Nome do representante: _____ (em letra de forma)

Assinatura do representante: _____ (relação com o paciente: _____)

Endereço do representante: _____

Fornei uma explicação sobre a anestesia à pessoa que assinou acima.

Data da explicação: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Departamento: _____ **Médico responsável:** _____ **Carimbo** _____

Confirmo que o paciente (ou o seu representante) acima concordou ou recusou-se a receber anestesia assinando este documento.

Data da confirmação: _____ **ano** _____ **mês** _____ **dia** _____

Médico responsável - anestesiolologista: _____ **Carimbo** _____

* Se o paciente for um menor de idade que não tenha capacidade para concordar, ou não puder concordar e assinar por estar inconsciente ou apresentar outra condição médica, a assinatura na seção “Representante”, acima, deverá ser fornecida por um dos pais, tutor, adulto responsável ou parente.