

Prezado paciente e familiares,

Solicitamos que leia atentamente as informações abaixo, juntamente com o seu acompanhante. Esclareça suas dúvidas com o seu médico, antes de assinar este documento.

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade, RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente na _____, cidade _____, Estado _____, CEP _____. Abaixo assino e declaro, considerando o art.59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO os médicos anesthesiologistas responsáveis pela minha assistência, e agora representado pelo anesthesiologista abaixo assinado, a efetuar os procedimentos anestésicos necessários para o procedimento de () ENDOSCOPIA DISGESTIVA ALTA () COLONOSCOPIA () ECOENDOSCOPIA, ao qual concordei ser submetido.

Confirmando que recebi, neste momento, todas as informações necessárias sobre o procedimento anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento além dos possíveis efeitos colaterais e complicações, tais como febre, dor de cabeça, tremores, alterações do comportamento, reações alérgicas e reações anafiláticas, algumas potencialmente fatais.

Estou ciente que, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando desde já pré autorizados. Nesta situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles iniciais propostos; tal conduta é para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Compreendo também que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico até de forma desfavorável, e que, por isso, confirmo que repassei ao médico anesthesiologista todas as informações sobre minhas condições físicas e psicológicas, para que os dados relevantes fossem registrados na Ficha de Avaliação Pré Anestésica, e assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido.

Confirmando que todas as minhas dúvidas foram sanadas e compreendo que o médico anesthesiologista somente se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade.

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos, inclusive da opção de revogação desta, caso não queira mais autorizar o procedimento.

Belo horizonte, dia _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente

Assinatura do médico