



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA)

Nome: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Quarto/Leito: _____ N.A: _____

TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº _____, inscrito(a) no CPF/ME nº _____, data de nascimento ____/____/____, doravante denominado(a) PACIENTE, por este Termo, pessoalmente, ou, neste ato representado pelo responsável Sr(a). _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº _____, inscrito(a) no CPF/ME nº _____, grau de parentesco _____, DECLARO para os devidos fins que:

1) Fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual o(a) cliente será submetido(a), bem como à analgesia pós operatória, complementando as informações prestadas pelo(a) meu(minha) médico(a) e pela equipe de colaboradores da BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo.

2) Autorizo o(a) médico(a) abaixo identificado(a) ou outro anestesista cadastrado na BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo a realizar o seguinte procedimento anestésico **(ESCREVER POR EXTENSO, SEM RASURA)**

3) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s), será necessário o emprego de anestesista, cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo(a) médico(a) anestesista. A proposta do procedimento anestésico a qual o(a) cliente será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, me foram explicados claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

4) Autorizo também a realização de outros procedimentos médicos invasivos se necessário, tais como: passagem de cateteres em veias centrais para administração de soros, medicamentos ou sangue, punções arteriais para coleta de sangue ou medida de pressão sanguínea, passagem de sonda na bexiga para drenagem de urina. Estou ciente que tais procedimentos, mesmo quando realizados por profissionais qualificados, podem acarretar riscos ou complicações, particularmente, infecções, sangramentos, lesões de pele e mucosa.

5) Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, os medicamentos e os equipamentos disponíveis na BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo.

6) Declaro ainda que fui informado(a) pela equipe médica que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, como: maconha, cocaína, anfetaminas e outras, além do álcool, são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento.

7) Foram a mim esclarecidas as possíveis complicações e intercorrências que poderão ocorrer.



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(PREENCHER QUANDO NÃO HOVER ETIQUETA)

Nome: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____

Quarto/Leito: _____ N.A: _____

Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que estou de ciente sobre o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para a adequada realização do Procedimento previsto neste Termo, sem prejuízo de posteriormente serem coletados dados pessoais e dados pessoais sensíveis adicionais, tudo conforme a Política de Privacidade disponível no site www.bp.org.br.

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS PACIENTES MENORES DE IDADE (18 ANOS)

Enquanto responsável legal do(a) paciente menor de idade acima indicado, estou ciente sobre o tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, a ser realizado pela Beneficência Portuguesa de São Paulo, sempre no melhor interesse do(a) menor, em atenção ao artigo 14 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), para prestação dos serviços de saúde e demais finalidades descritas neste Termo, incluindo as demais disposições previstas na Política de Privacidade disponível no site www.bp.org.br.

São Paulo, de de .

Nome completo

Assinatura do cliente/Responsável

Preenchimento Médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(is), o propósito, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

(Carimbar e assinar)