



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____

Quarto/leito _____ N.A. _____

Data ____ / ____ / ____ Horário ____ h ____

TCLE (Termo de consentimento livre e esclarecido) para anestesia e sedação

Eu, _____, portador(a) da
cédula de identidade RG nº _____, CPF/MF nº _____,
na qualidade de Cliente
 Responsável legal do cliente (grau de parentesco) _____

Declaro que:

- 1) Fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido, bem como à analgesia pós operatória, complementando as informações prestadas pelo(a) meu(minha) médico(a) e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços na 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 _____;
- 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 serei 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, 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 a que serei submetido(a), cujo rol de complicações e intercorrências que poderão sobrevier, foram a mim esclarecidas;
- 7) 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.

Nome completo _____

Assinatura do cliente/responsável _____



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Preenchimento médico

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

Nome completo _____

Assinatura, carimbo e CRM _____

