

VIA MÉDICO CADASTRADO

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, _____, CRM: _____

Autorizo a entrada na sala cirúrgica:

 Centro Cirúrgico Centro Obstétrico

Do (a) Sr. (a): _____

CRM: _____, RG: _____

 1º Auxiliar 2º Auxiliar Instrumentador (a)
ATENÇÃO: Procedimentos anestésicos só poderão ser realizados pela Equipe de ANESTESISTAS CADASTRADOS.

Todas as pessoas que autorizadas, permanecerem na sala cirúrgica durante o período em que o procedimento estiver sendo realizado, obrigam-se a manter as Informações Confidenciais sobre o paciente e/ ou procedimento efetuado em segurança e sob sigilo, tomando todas as medidas necessárias para impedir que sejam elas transferidas, divulgadas ou utilizadas.

Estou ciente e de acordo com as NORMAS DE CONTROLE DE ACESSO AO BLOCO CIRÚRGICO e declaro assumir total responsabilidade pelos praticados durante o período de minha permanência nessa área.

Assinatura do Responsável_____
Assinatura do Interessado**Uso exclusivo do Controle de Acesso do Centro Cirúrgico**

Horário de entrada: ____:____ Horário de saída: ____:____ Data: ____/____/____ Chave do armário: _____

VIA DIRETORIA MÉDICA HMSC

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, _____, CRM: _____

Autorizo a entrada na sala cirúrgica:

 Centro Cirúrgico Centro Obstétrico

Do (a) Sr. (a): _____

CRM: _____, RG: _____

 1º Auxiliar 2º Auxiliar Instrumentador (a)
ATENÇÃO: Procedimentos anestésicos só poderão ser realizados pela Equipe de ANESTESISTAS CADASTRADOS.

Todas as pessoas que autorizadas, permanecerem na sala cirúrgica durante o período em que o procedimento estiver sendo realizado, obrigam-se a manter as Informações Confidenciais sobre o paciente e/ ou procedimento efetuado em segurança e sob sigilo, tomando todas as medidas necessárias para impedir que sejam elas transferidas, divulgadas ou utilizadas.

Estou ciente e de acordo com as NORMAS DE CONTROLE DE ACESSO AO BLOCO CIRÚRGICO e declaro assumir total responsabilidade pelos praticados durante o período de minha permanência nessa área.

Assinatura do Responsável_____
Assinatura do Interessado**Uso exclusivo do Controle de Acesso do Centro Cirúrgico**

Horário de entrada: ____:____ Horário de saída: ____:____ Data: ____/____/____ Chave do armário: _____