**Consentimento Livre Esclarecido e Informativo para Sedação Consciente com Óxido Nitroso e Oxigênio**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dou meu consentimento para que o Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realize a Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio durante \* o tratamento. Entendo que o propósito do procedimento é diminuir o medo e a ansiedade, melhorando consequentemente a qualidade do tratamento em sua totalidade.

O profissional avisou-me que esta técnica não elimina a consciência, mantendo a responsividade durante todo o tratamento, e que a qualquer momento a analgesia pode ser suspensa e apenas o oxigênio puro ser mantido.

Fui informado(a) dos possíveis métodos alternativos de sedação em consultório odontológico e as implicações de cada um deles.

É opinião do(a) profissional que a analgesia será benéfica e que sem a realização do tratamento poderá ocorrer agravamento das condições atuais.

Tive a oportunidade de discutir com o profissional a história médica. Concordo em cooperar completamente com as recomendações supracitadas enquanto estiver sob seus cuidados, entendo que qualquer falta de colaboração pode resultar em diminuição dos resultados ótimos.

Certifico que li e entendi completamente os termos e palavras contidos no texto acima e me foram explicações referentes a ele. Também declaro que sei ler e escrever.

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBS: CASO O PACIENTE A SER SEDADO FOR DE MENOR, ACRESCENTAR A SEGUINTE FRASE NO LOCAL DO SÍMBOLO \*:**

**"o tratamento do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escrever nome do paciente)"**