

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO

Prezado Paciente ou Representante legal, o Termo de consentimento Livre e Esclarecido é um documento no qual a AUTONOMIA (vontade) em CONSENTIR (autorizar) é manifestada pelo paciente plenamente capaz ou por seu representante legal. Assim, ao assiná-lo o paciente ou seu representante legal concorda com a realização do procedimento anestésico/sedação, ainda que haja efeitos não desejáveis, mas previstos, possíveis e previamente explicitados pelo Médico. O termo de consentimento livre e esclarecido somente deverá ser assinado se todas as dúvidas já tiverem sido esclarecidas. Havendo qualquer dúvida acerca do teor deste documento, pergunte ao médico antes de autorizar a realização do procedimento. A assinatura deste documento representa o exposto consentimento esclarecido na realização do procedimento indicado, bem como no comprometimento em seguir as orientações médicas, inclusive quanto ao tratamento com equipe multidisciplinar.

DECLARO que:

1. Fui informado (a) quanto aos aspectos relacionados ao procedimento Anestésico/Sedação, ao qual serei submetido (a) nesta unidade hospitalar.
2. Me foram devidamente esclarecidas algumas técnicas comumente realizadas nesta unidade hospitalar, sendo que cada uma delas envolve métodos diferentes, que serão explicadas a seguir:

Sedação: A sedação permite que determinadas cirurgias ou exames sejam realizados confortavelmente pelo paciente, pois o objetivo de reduzir sua ansiedade. Nesta técnica anestésica utiliza-se medicamentos que podem ser aplicados por via venosa ou inalatória, que geralmente induzem o sono.

Anestesia Geral: A anestesia geral consta de hipnose, analgesia e imobilidade por meio da administração de medicamentos na veia (anestesia geral venosa) ou através da inalação de gases anestésicos (anestesia geral inalatória). Nesta técnica, o paciente contará com o auxílio respiratório de cânulas, máscaras especiais (máscaras faciais ou máscaras laríngeas), tubos traqueais (sondas que são passadas dentro da traqueia) para manter sua ventilação frequente.

Bloqueios Espinhais: Os bloqueios espinhais consistem na raquianestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas). São realizados através da injeção de anestésico local na região onde estão as terminações nervosas da coluna espinhal, levando a anestesia de algum segmento do corpo por impedir que a sensação de dor seja levada ao sistema nervoso central.

Bloqueios tronculares: Trata-se da injeção de anestésico local em volta de nervos específicos com o objetivo de anestésiar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé, etc.)

Acompanhamento Anestésico: Um anestesologista fica responsável por acompanhar e/ou supervisionar o transporte e/ou a realização de um procedimento, quando indicado, sem a administração de agentes psicotrópicos.

3. Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) anestésico (s)/sedação será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesologista. A (s)

alternativa (s) de procedimento anestésico/sedação indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

4. Fui esclarecido (a) de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido (a), também de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

5. Fui informado (a) que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição. Fui informado (a) também sobre a possibilidade de sentir desconfortos e, igualmente acerca das opções disponíveis de analgesia para o pós-operatório/exame.

6. Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).

7. Fui informado (a) de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes (cocaína maconha, anfetaminas, etc) e do álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido (a) e da importância de comunicar o eventual uso. Fui informado (a) ainda das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

8. Fui informado (a) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de riscos, intercorrências ou complicações:

(a) Nos casos de anestesia regional (raquianestesia/peridural ou anestesia combinada) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou no local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações de sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

(b) Nas hipóteses de anestesia geral e/ou sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

(c) Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

9. Fui esclarecido (a) que durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras drogas outras técnicas (anestesia parcial complementada com anestesia geral ou geral complementada com bloqueio), buscando sempre o melhor resultado.

10. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais frequentes.

11. Fui esclarecido (a) quanto a eventual necessidade de transfusão de sangue e hemoderivados, a qual:

Autorizo a realização

Recuso a realização pelo (s) seguinte (s) motivo (s):

Estou ciente que o registro de minha recusa quanto à realização de transfusão de sangue e hemoderivados será submetida a equipe médica responsável pela indicação do procedimento, que se pronunciará acerca da viabilidade da conduta proposta inicialmente.

12. **DECLARO** que li, recebi esclarecimentos pelo médico assistente e equipe, tive oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar algum item, parágrafo, ou palavras que não concordasse, inclusive quanto à possibilidade de revogação.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização do Procedimento Anestésico/ Sedação. Afirmo ainda, que recebi uma cópia do presente, o qual é composto por 04 (três) páginas e (02) duas vias.

_____, ____ de _____ de 20____.

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo _____

(Obrigatório nos casos de representação**):**

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO

Expliquei todo procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura, CRM e carimbo do Médico Responsável

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO

Diante da recusa à eventual realização de transfusão de sangue, a equipe medica, em consenso decidiu:

Prosseguir com a realização do procedimento proposto com o uso de métodos alternativos.

Declinar do caso recomendando: _____

Outros: _____

Assinatura, CRM e carimbo do Médico
Assistente

Assinatura, CRM e carimbo do Médico
Anestesista

APLICÁVEL A SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado e Esclarecido, por tratar-se de situação de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

_____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura, CRM e carimbo do Médico Assistente

Assinatura, CRM e carimbo do Médico da Equipe

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____.

Declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós-anestesia/sedação e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado nesta unidade hospitalar.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura

TESTEMUNHAS

Nome legível: _____

Nome legível: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Revogação: _____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos

Paciente ou Representante Legal