

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA**

Atend. _____

Pront. _____

Paciente: _____

Data Nasc.: _____ Religião: _____

Idade: _____ Fone Residencial: _____

Sexo: _____ Médico Resp.: _____

Estado Civil: _____ Fone Contato: _____

Naturalidade: _____ Endereço: _____

Grau: _____ Bairro: _____

Profissão: _____ Cidade: _____

Responsável: _____ CEP: _____

Observação: _____

1. A anestesia consiste na alteração de algumas das funções do organismo induzida por medicamentos, cada um com propriedades diferentes. Visa permitir a realização de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos diminuindo ou eliminando a dor e/ou outras respostas indesejadas do organismo durante o procedimento. Compreende pelo menos dois dos itens abaixo:

- Redução ou perda da consciência (hipnose).
- Redução ou eliminação dos movimentos (bloqueio muscular).
- Controle das respostas involuntárias do organismo frente ao estresse da cirurgia como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, sudorese, etc (bloqueio neurovegetativo).

2. O ato anestésico é realizado por médico anesthesiologista ou devidamente habilitado na prática de anestesia e sedação. Este médico permanece junto ao paciente que fica monitorizado durante todo o procedimento. Todo paciente, obrigatoriamente, será monitorado quanto aos seguintes sinais vitais: frequência cardíaca, pulso, oxigenação sanguínea, pressão arterial e respiração (no caso de anestesia geral). A técnica prevista para sua cirurgia é:

() Acompanhamento do serviço de anestesia: um anesthesiologista fica responsável por acompanhar e/ou supervisionar o deslocamento e/ou procedimento.

() Sedação: a sedação poderá variar de leve (paciente consciente, porém não ansioso) até profunda (paciente com sono profundo, só despertando por estímulos dolorosos). Ela é realizada através da administração de um ou mais tipos anestésicos.

() Anestesia Geral: estado de perda de consciência em que o paciente não é desperto mesmo que sofra algum estímulo doloroso. Pode ser administrado por via: venosa e inalatória (adultos e crianças) ou apenas inalatória (crianças).

() Bloqueio espinhais: consistem na raquianestesia, anestesia pelidural ou duplo bloqueio (associação das duas técnicas). Eles 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.

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

() Outros procedimentos: eventualmente serão necessários outros procedimentos invasivos para a realização da anestesia e sua monitorização, entre eles a () inserção da cateter venoso central, () punção arterial, () sondagem gástrica, () outros _____

() Intubação com sedação consciente.

3. A anestesia pode ser realizada em qualquer procedimento cirúrgico, invasivo ou diagnóstico em que haja dor ou incômodo para o paciente desde que os benefícios superem os riscos de realizar a anestesia. Também é indicada no caso da impossibilidade de realizar o procedimento ou exame diagnóstico pela não colaboração do paciente, como por exemplo pacientes crianças, pacientes com mal de Parkinson, entre outros.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Atend. _____

Pront. _____

4. A imensa maioria dos procedimentos cirúrgicos ou invasivos só é possível devido à anestesia, que é um procedimento seguro permitindo inclusive a realização de procedimentos cirúrgicos ou invasivos em pacientes graves. Outro benefício da anestesia é a analgesia pós operatória, ou seja, a possibilidade de manter-se com a dor devidamente controlada no período pós-operatório.

5. Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve diversos riscos podendo levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, sendo eles:

Anestesia geral/sedação: náusea e vômito, dor de garganta, lesão dentária, reações alérgicas, consciência intra-operatório, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, aspiração de conteúdo gástrico, infarto, perda visual, hipóxia, parada cardiorrespiratória, óbito.

Anestesia regional: cefaleia (raquianestesia e anestesia peridural), infecção, lesão nervosa, falha parcial ou total da técnica, intoxicação por anestésico local, parada cardiorrespiratória, óbito.

6. Procedimentos menores podem ser realizados com anestesia local ou até mesmo sem anestesia. Em sua maioria, não realizar a anestesia ou sedação impossibilita a realização do procedimento cirúrgico ou invasivo.

7. Após a anestesia, normalmente, o paciente é encaminhado para a unidade de recuperação anestésica (RPA) onde será monitorado pelo tempo determinado pelo anestesista até a recuperação do procedimento e alívio de qualquer eventual sintoma. Os sintomas mais comuns nos pós operatório são: sonolência, frio, tremores, impossibilidade de mover algum membro (em caso de anestesia regional), dor, náusea e vômito, coceira (devido ao uso de medicações opioides para dor), pacientes com maior risco ou que realizaram procedimentos de alta complexidade podem ser encaminhados para unidades de maior vigilância como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

8. A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

9. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que possam ocorrer em situações imprevistas e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

10. Declaro que fui devidamente esclarecido quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue e hemocomponentes, e que:

() autorizo a realização da transfusão de sangue e hemocomponentes

() recuso a realização da transfusão de sangue e hemocomponentes pelo seguinte motivo: _____.

Estou ciente de que, o registro de minha recusa quanto a realização de transfusão de sangue será submetida à equipe médica para realização do procedimento proposto para reavaliação da viabilidade da conduta proposta.

11. Declaro também, que por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista de todas as doenças e complicações, inclusive alergia que tive decorrente de anestesia e medicamento. Declaro ainda que fui informado pela equipe médica que o tabagismo, o uso de substâncias entorpecentes e/ou álcool, são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, cujo rol de complicações e intercorrências que poderão sobrevir foram a mim esclarecidos.

Estou ciente do risco de contrair o Novo Coronavírus – COVID-19 durante a internação ou no período pós operatório podendo desenvolver complicações respiratórias associadas.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA**

Atend. _____

Pront. _____

12. Autorizo o médico abaixo identificado ou outro médico devidamente habilitado para realização de anestesia ou sedação a realizar em minha pessoa o processo assinalado acima.

PREENCHIMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafos 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.

() Paciente () Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ RG n°: _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____: ____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento descrito. De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO

Diante da recusa da realização de transfusão de sangue e hemocomponentes a equipe médica decidiu:

() declinar do caso, recomendando: _____

() prosseguir com a realização do procedimento proposto com uso de métodos alternativos

() outros: _____

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____