

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ATO ANESTÉSICO

Dados do paciente:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ inscrito no CPF sob o nº _____

declaro para os devidos fins de direito que:

1. Fui informado(a) pelo(a) médico(a) Dr.(a) _____
CRM/MG nº _____ de que as avaliações e os exames realizados revelam a necessidade e
indicação de ATO ANESTÉSICO para o procedimento cirúrgico proposto.

- Procedimento Cirúrgico proposto: _____

- Técnica anestésica proposta: _____

- Técnica anestésica alternativa: _____

2. Após os esclarecimentos que me foram prestados, optei pela realização do ato anestésico ora autorizado (proposto e alternativo), com o qual concordo em ser submetido e autorizo o(a) médico(a) acima e demais profissionais por ele(a) selecionados, a realizarem o referido procedimento anestésico, comprometendo-me a seguir a todas as instruções pré e pós-operatórias necessárias ao meu restabelecimento, que constarão em prontuário e/ou receituário médico, por ocasião de meu acompanhamento.

3. Sou sabedor(a) que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas, **TODOS** os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas no período intra e pós-operatório, bem como **TODOS** os medicamentos que não posso usar.

4. Também fui informado(a) que os atos anestésicos, independente de todos os cuidados a serem tomados, experiência profissional e técnica adequada a ser utilizada, sempre envolvem riscos e podem levar a complicações conhecidas e outras imprevisíveis, inclusive no pós-operatório, razão pela qual autorizo a equipe médica a realizar, nesses casos, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia.

5. Estou ciente que a não realização da anestesia usualmente impede a execução do procedimento, sendo que apenas pequenos procedimentos podem ser realizados com anestesia local.

6. Estou ciente da possibilidade de transfusão de sangue e seus componentes (hemácias, plasma fresco, crioprecipitado) durante a minha internação no Hospital Mater Dei Santa Genoveva e, se for necessário serei constatado(a) pela Agência Transfusional (Banco de Sangue) que procederá a coleta de uma amostra de sangue para classificação ABO/Rh e prova cruzada.

7. No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento, fui informado(a) sobre as complicações mais freqüentes, as quais me foram explicadas pelo(a) médico(a), tendo compreendido seus significados.

8. Estou ciente de que seria impossível para o(a) médico(a) me descrever TODAS as complicações e/ou riscos possíveis de acontecer no tratamento que está sendo proposto, mas que fui informado(a) a respeito das situações mais frequentes.

9. Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas a anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou mais graves, aos anestésicos e demais medicamentos a serem administrados, conforme Anexo.

10. Igualmente sou sabedor(a) de que, apesar da capacidade técnica e dos esforços de meu (minha) médico(a) anestesista, não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado deste ato anestésico.

1



ANEXO – BENEFÍCIOS, MODALIDADES ANESTÉSICAS, PRINCIPAIS RISCOS ENVOLVIDOS NA ANESTESIA E SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

1. Benefício:

Estou ciente que a anestesia é necessária para a realização de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos de acordo com a necessidade de cada paciente. Os procedimentos anestesiológicos são sempre realizados por profissional médico com capacitação específica em Anestesiologia. Este profissional acompanhará o paciente durante a realização de todo procedimento. A utilização de monitores específicos permite a verificação dos sinais vitais como: frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão arterial, saturação periférica de oxigênio e respiração nos pacientes submetidos a anestesia geral. De acordo com a complexidade do procedimento podem ser necessárias outras modalidades de monitorização.

2. Modalidades da Anestesia:

Fui informado que existem várias modalidades de anestesia, cada uma com indicação precisa de acordo com o procedimento que será realizado. Perante impossibilidade técnica ou intercorrências, pode ser necessária a modificação da modalidade anestésica inicialmente planejada. As modalidades comumente utilizadas são:

- Cuidado anestésico monitorado: um anestesiológico fica responsável por acompanhar um paciente durante a realização de procedimento ou transporte.
- Sedação: pode ser dividida em vários níveis, desde a ansiólise, na qual o paciente permanece acordado e confortável até a sedação profunda, na qual o paciente permanece inconsciente mesmo durante estímulos dolorosos.
- Bloqueio do neuroeixo: raquianestesia, anestesia peridural ou combinação de ambas. A injeção de anestésico próximo a medula espinhal impede a transmissão da sensação de dor até o cérebro permitindo a realização de procedimentos cirúrgicos em alguns segmentos do corpo.
- Bloqueio de nervos periféricos: injeção do anestésico local em nervos específicos do corpo, podendo ser utilizado ultrassom ou estimulador de nervos para guiar o procedimento, para a realização de cirurgias em determinado segmento do corpo (exemplo mão, braço, perna, etc)
- Anestesia Geral: estado de inconsciência no qual o paciente não desperta mesmo durante estímulos dolorosos. Usualmente é necessária manipulação da via aérea com a inserção de algum dispositivo para garantir ventilação adequada.
- Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA): em casos selecionados, o uso da administração de soluções analgésicas pode ser controlada pelo paciente através de dispositivo de bomba de infusão previamente programada através de cateter peridural, cateter de plexo ou cateter venoso. Técnica segura, mostrou-se eficaz por apresentar melhor controle de dor e redução do tempo entre a solicitação de medicação pelo paciente e sua administração. Exemplos de uso em nosso serviço incluem: pós operatório de artroplastia de joelho, embolização de miomas uterinos, cirurgias torácicas, cirurgias abdominais convencionais de grande porte.
- Outros procedimentos associados a anestesia: punção venosa seja ela de veia periférica ou central; punção arterial; sondagem gástrica e vesical; ecocardiografia transesofágica, dentre outros.

3. Riscos e Complicações:

Estou ciente que a anestesia é necessária para a realização da maioria dos procedimentos cirúrgicos e invasivos. Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve riscos, efeitos colaterais e complicações. Estas complicações possuem ocorrência variável, dependendo do quadro clínico de cada paciente e do procedimento proposto.

A anestesia é considerado um procedimento seguro, apresentando taxas de complicações graves menor que 1% e com mortalidade estimada em 1 evento a cada 100.000 (cem mil) procedimentos.

- Complicações Relacionadas à Sedação/Anestesia Geral:

Náuseas e Vômitos, Dor de Garganta, Lesão Dentária, Reações Alérgicas, Hipertermia Maligna, Consciência Intraoperatória, Complicações cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, acidente vascular encefálico), Aspiração de Conteúdo Gástrico, Perda Visual Transitória

ou Permanente, Disfunção Neurológica Transitória ou Permanente, Parada Cardiocirculatória, Óbito.

- Complicações Relacionadas a Anestesia Regional (bloqueios periféricos ou neureixo): Náuseas e Vômitos, Cefaléia Pós-Punção de Dura Mãter (após raquianestesia ou peridural), Infecção no local de punção, Lesão Neurológica Periférica e Central, Falha Total ou Parcial do Bloqueio, Intoxicação por Anestésico Local, Convulsão, Parada Cardiocirculatória, Óbito.

4. Sala de Recuperação Pós Anestésica:

Fui informado que após a realização de um procedimento sob anestesia, todos os pacientes são encaminhados a uma unidade de recuperação, onde será mantido sob os cuidados de um anesthesiologista e equipe de enfermagem até sua recuperação ser compatível com a alta hospitalar ou transferência para o apartamento/enfermaria. O tempo de recuperação é individualizado, podendo variar de acordo com o procedimento realizado, tempo de duração do procedimento e características clínicas do paciente. Caso seja necessário, o paciente pode ser encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva após o término do procedimento.

Para os casos de **cirurgia Ambulatorial**, ou seja, aquelas cirurgias que terão alta no mesmo dia, faz-se **OBRIGATÓRIO** a presença de um acompanhante responsável pelo (a) paciente no momento da alta hospitalar.

11. Consinto, portanto ao(à) médico(a) supra identificado(a), ou outro membro do serviço de Anestesiologia do Grupo de Anestesiologia do Triângulo (G.A.T.), a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realizará o(s) procedimento(s).

12. Declaro que entendi todas as explicações que me foram prestadas, todas as minhas dúvidas foram sanadas, estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas. Estou ciente que poderei por minha livre vontade revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s) objeto deste documento, se realize(m), devendo para tanto comunicar expressamente esta minha decisão.

E, por ser esta a manifestação livre e consciente de minha vontade, assino o presente documento em 02 (duas) vias de igual teor, sendo que uma delas me foi entregue.

Uberlândia, _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente / Responsável

Se Responsável: Nome Completo, CPF e Grau de Parentesco

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

() Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA

Médico, CRM-MG N°



Somente preencher este espaço caso deseje não mais autorizar a realização dos procedimentos propostos:

REVOGAÇÃO: Uberlândia, ____ / ____ / ____ Hora: ____:____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

