

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

### ETIQUETA DO PACIENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 N° de atendimento \_\_\_\_\_

### DECLARO que:

1. Fui informado(a) quanto aos aspectos relacionados ao procedimento Anestésico/Sedação/Acompanhamento Anestésico, ao qual serei submetido (a) nesta unidade hospitalar. Compreendi que o objetivo da anestesia é permitir a realização dos procedimentos cirúrgicos, invasivos e determinados exame diagnósticos, bem como controlar a dor dos pacientes no pós-operatório.

2. Me foram devidamente esclarecidas algumas técnicas comumente realizadas, isoladas ou em combinação, sendo que cada uma delas envolve métodos diferentes, que serão explicadas a seguir:

**Sedação Moderada e Profunda:** A sedação moderada e profunda permite que determinadas cirurgias ou exames sejam realizados confortavelmente, com ou sem o auxílio de anestesia local. Nesta técnica anestésica utiliza-se medicamentos que podem ser aplicados por via venosa ou inalatória, que geralmente induzem depressão da consciência. Pode haver necessidade de uso de cateteres nasais ou auxílio para manter a função respiratória normal.

**Anestesia Geral:** A anestesia geral consta de hipnose, analgesia e imobilidade por meio da administração medicamentos na veia e/ou através da inalação de gases anestésicos. 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 anesthesiologista fica responsável por acompanhar e/ou supervisionar o transporte e/ou a realização de um exame ou procedimento, sem a administração de agentes psicotrópicos.

3. Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_.

4. 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 anesthesiologista. 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.

5. Estou ciente de que após o uso de anestesia em exames ou procedimentos ambulatoriais, um acompanhante deve permanecer obrigatoriamente disponível para me ajudar a voltar para casa. Devido aos efeitos da medicação, não devo dirigir veículos automotores, operar máquinas ou beber álcool até o dia seguinte, quando serei capaz de retornar às minhas atividades rotineiras.

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 determinados medicamentos (hipoglicemiantes, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários etc.), 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 esclarecido (a) de que, como qualquer procedimento médico, 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 e envolve diferentes níveis de gravidade. São exemplos:

- (a) Nos casos de anestesia regional (raquianestesia/peridural/bloqueio troncular ou anestesia combinada) as complicações mais frequentes são falha parcial ou total da técnica, náuseas e vômitos, inflamação no local da punção anestésica ou de vasos sanguíneos, pequenos sangramentos, alterações de sensibilidade cutânea (da pele) e parestesias (formigamento) de membros anestesiados, tremores, tonturas. Raquianestesia e peridural podem causar prurido (coceira) e dificuldade temporária para urinar. A dor de cabeça após a realização de raquianestesia é pouco frequente, mas pode ocorrer. Em casos de bloqueios tronculares em membro superior podem ocorrer situações raras de complicações respiratórias, como pneumotórax.
- (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. A consciência intraoperatória em anestesia geral constitui evento de extrema raridade.
- (c) Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer reações alérgicas e afecções circulatórias temporárias, e outros eventos mais raros, como anafilaxia, infecção, arritmia cardíaca, flebite, intoxicação ou reação a anestésicos, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, lesão neurológicas temporária ou permanente, parada cardiorrespiratória e óbito.

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

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

- Autorizo a realização
- Recuso a realização e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

**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.**

11. **DECLARO** que li, recebi esclarecimentos pelo médico anestesista, 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/Acompanhamento Anestésico.

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco ou vínculo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA**

- Declaro que foi explicado ao paciente e/ou responsável, o procedimento informando-o(a) sobre os benefícios, riscos e alternativas. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do Paciente/responsável e de acordo com o meu entendimento acredito que o(a) mesmo(a) compreendeu tudo o que foi explicado.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento, por se tratar de emergência.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento, devido paciente estar sem acompanhante/sem condições de assinar no momento da indicação do procedimento cirúrgico. A equipe anestésico/cirúrgica entende que existem mais riscos em se postergar o procedimento do que realizá-lo neste momento.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura, nome completo e número do CRM do Médico Anestesista

\_\_\_\_\_  
 Assinatura, nome completo e número do CRM do Médico Anestesista