

	PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
	Nome _____	
	Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____	
	Convênio _____	
	Registro _____ Leito _____	

Autorizo a realização do procedimento anestésico ou sedação especificados (não utilizar siglas e abreviaturas) e indicados pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a), médicos(as) credenciados(as) na instituição.

Técnica anestésica proposta _____

Técnica anestésica alternativa _____

Bloqueios periféricos* (se aplicável, definir lateralidade)

☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Múltiplas Estruturas ☐ Não se Aplica

**Em caso de realização de múltiplos bloqueios, se aplicável, a lateralidade correspondente de cada procedimento deverá ser descrita na técnica anestésica proposta.*

Ao assinar este documento, declaro que fui prévia e adequadamente informado(a), em linguagem clara e compatível com meu nível de compreensão, sobre a técnica anestésica proposta, suas indicações, objetivos, benefícios esperados, riscos, possíveis complicações, alternativas anestésicas e consequências da sua não realização, quando aplicável. Autorizo a realização do procedimento anestésico proposto e das medidas complementares indispensáveis à sua execução segura, incluindo monitorização, punções vasculares, inserção de dispositivos, administração de medicamentos, exames, tratamentos, transfusão de sangue, hemoderivados ou cirurgias em situações imprevistas com o objetivo de otimização dos resultados e minimização de riscos/reações. Procedimentos adicionais não previstos somente poderão ser realizados diante de situações clínicas imprevistas, quando indispensáveis à minha segurança e não for possível obter novo consentimento em tempo oportuno. Tive oportunidade e tempo suficiente para formular perguntas, esclarecer todas as minhas dúvidas, que foram respondidas de forma satisfatória, permitindo minha participação na tomada de decisão sobre o tratamento proposto. Compreendo que, embora o procedimento proposto tenha indicação clínica e seja realizado de acordo com as boas práticas assistenciais e os conhecimentos científicos disponíveis, seus resultados podem variar de acordo com as características individuais de cada paciente, não sendo possível garantir um resultado específico ou o sucesso terapêutico esperado.

Descrição e benefícios: Fui informado(a) quanto aos aspectos relacionados ao procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a) e fui devidamente esclarecido(a) sobre técnicas anestésicas e seus benefícios, tais como: **1. Sedação** - administração de sedativos, tendo como benefício maior conforto e menor ansiedade. **2. Anestesia Geral** - caracterizada por inconsciência, analgesia e imobilidade por meio da administração de anestésicos. Há auxílio respiratório por meio de dispositivos, tais como: máscara facial ou laríngea e tubos traqueais (sondas inseridas dentro da traqueia). Tem como benefícios inconsciência, analgesia, controle da ventilação pulmonar e dos parâmetros vitais da circulação sanguínea; **3. Bloqueios Espinhais** - raquianestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas). São realizados através da injeção de solução anestésica na coluna, impedindo ou dificultando a transmissão da dor; **4. Bloqueios de nervos periféricos** - caracterizam-se pela injeção de anestésico em volta de nervos com o objetivo de anestésicar um segmento corporal. Nas técnicas descritas pelos itens 3 e 4 temos como principais benefícios: redução da dor pós-operatória, possibilidade de fisioterapia precoce e menor consumo de opioides, com redução de seus efeitos colaterais (coceira, náuseas, vômitos e depressão respiratória). **5. Acompanhamento Anestésico** - acompanhamento da realização de procedimento, sem necessariamente administrar agentes anestésicos, fornecendo suporte clínico e garantindo a segurança.

Riscos: A resposta aos medicamentos e às técnicas anestésicas pode variar entre os pacientes, razão pela qual podem ocorrer efeitos adversos e complicações, apesar da adoção das melhores práticas assistenciais. Quanto aos riscos, independentemente da técnica anestésica indicada, apesar de eventos raros, poderão ocorrer: sonolência prolongada, reações alérgicas, choque anafilático, afeções circulatórias, flebites, lesão de pele e mucosas, lesão de nervos, dor muscular, complicações infecciosas, dificuldade respiratória, náuseas e vômitos, dor, arritmias cardíacas, aspiração de conteúdo gástrico, infarto, acidente vascular cerebral, alteração ou perda visual, parada cardíaca e óbito. Na proposta de **anestesia geral e/ou sedação** pode ser necessária a manipulação das vias aéreas, podendo ocorrer lesão dentária e de mucosa bucal, rouquidão, dor de garganta, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória no pós-operatório, náuseas e/ou vômitos. Nos casos de **bloqueios de**

nervos periféricos e bloqueios espinhais, as complicações mais relatadas são dor de cabeça, inflamação e dor no local da punção anestésica, náuseas e/ou vômitos, sangramento, coceira, alterações de sensibilidade, tremores, tontura, perda de força, intoxicação por anestésicos locais, retenção urinária e falha parcial da anestesia. Fui informado(a) de que, por indicação clínica ou em razão de necessidades relacionadas à minha segurança, poderá ser necessária a conversão da técnica anestésica inicialmente planejada para outra modalidade de anestesia. Compreendo que, embora a anestesia seja realizada de acordo com as boas práticas assistenciais e com a utilização dos recursos, medicamentos, equipamentos e técnicas disponíveis nesta instituição, não é possível garantir um resultado específico ou a ausência de complicações. Estou ciente de que este Termo de Consentimento descreve os riscos e complicações mais frequentes ou de maior relevância clínica, não sendo possível contemplar todas as intercorrências ou eventos adversos potencialmente associados ao procedimento anestésico. Durante a avaliação pré-anestésica, fui informado(a) sobre as estratégias propostas para prevenção e tratamento da dor pós-operatória, incluindo analgesia multimodal e técnicas regionais, quando indicadas, tendo participado da tomada de decisão sobre o plano analgésico. Estou ciente de que, para minha segurança, não posso realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) utilizando adornos (brincos, piercings, colares, pulseiras, relógio, anéis e alianças, cílios postiços, aplique de cabelo, unhas postiças, óculos, lentes de contato), maquiagem, próteses dentárias móveis ou fixas.

Dados pessoais: Tenho ciência de que a Rede D'Or São Luiz promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or São Luiz.

Revogação de consentimento: Fui informado(a) de que tenho o direito de aceitar ou recusar o procedimento, bem como de revogar este consentimento a qualquer momento antes do início do procedimento, após ter sido esclarecido(a) sobre as possíveis consequências clínicas dessa decisão.

Declaro que fui orientado(a) quanto a riscos, benefícios, probabilidade de sucesso, possíveis resultados da falta de tratamento e alternativas anestésicas para condução do meu caso. Meu consentimento foi obtido antes da realização do procedimento anestésico e após avaliação médica de minha condição clínica.

Deve ser preenchido pelo paciente

Confirmo que recebi explicações, li e compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para esclarecer todas as dúvidas antes do procedimento cirúrgico.

☐ Paciente ☐ Responsável ou Representante Legal*

Nome completo* _____

Identidade nº* _____ Grau de parentesco _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Assinatura* _____

Deve ser preenchido pelo(a) médico

☐ Declaro que expliquei ao(à) próprio(a) paciente e/ou responsável todo o procedimento, exame e/ou cirurgia a que o(a) paciente acima referido(a) está sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o(a) paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhe foi informado.

☐ Não foi possível a coleta deste consentimento, por se tratar de situação de **Emergência**.

Nome do(a) Médico(a) _____

CRM _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Carimbo / Assinatura _____

Revogação de Consentimento à Realização do Ato Anestésico

Revogo o consentimento dado neste Termo e não mais autorizo o Hospital Vila Nova Star a realizar o Ato Anestésico.

Nome do(a) Paciente/Representante Legal _____

CPF/ME _____

Data ____/____/____ Hora ____:____ Assinatura _____