

**Termo de Consentimento Esclarecido
para Anestesia ou Sedação**

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):

Técnica anestésica proposta _____

Técnica anestésica alternativa _____

Indicados pelo(a) Dr.(a) abaixo mencionado(a), médicos(a) credenciado na instituição.

Ao assinar este documento, declaro meu expresso consentimento informado sobre realização do procedimento anestésico/sedação indicado e outras condutas necessárias para condução da anestesia, tais como: solicitação de exames, tratamentos medicamentosos, inserção de cateteres, sondas e drenos, punções diversas, transfusão de sangue e hemoderivados e outras situações não previstas que resultem em cuidados diferentes dos propostos inicialmente, mas que são complementares ao cuidado no intraoperatório. 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 laringea 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 anestésiar 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. Quanto aos riscos, independentemente da técnica anestésica indicada, apesar de eventos raros, poderão ocorrer: sonolência prolongada, reações alérgicas, choque anafilático, afecções circulatórias, flebites, lesão de pele, 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 esclarecido(a) dos seguintes pontos: a) durante o procedimento cirúrgico poderá haver necessidade de complementação da anestesia com a adição de outras medicações e técnicas, buscando sempre o melhor resultado; b) anestesia envolve riscos, sendo que as principais complicações foram explicadas satisfatoriamente; c) a resposta à administração de medicamentos é individual e a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível; d) não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mesmo com a utilização de todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição. Declaro que 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 anestesia, mas apenas os mais frequentes ou mais graves. Declaro que compreendi e participei das decisões sobre a analgesia pós-operatória proposta durante a avaliação pré-anestésica, cujo objetivo é proporcionar melhor controle de dor.

Declaro que fui orientado 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 que me foi devidamente explicada.

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* _____ Assinatura* _____

Data ____/____/____ Hora ____:____

Deve ser preenchido pelo(a) médico(a)

Declaro que expliquei ao próprio 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 ou Carimbo _____	Assinatura _____
---	------------------