

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ANESTESIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro, para fins legais, conforme segue:

1. Que estou ciente do fato de que, a meu pedido, me submeterei a procedimento anestésico, junto ao Hospital Meridional, a ser realizado por médicos anestesiológicos do Serviço de Anestesiologia Espírito Santense, SAEL, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de (Diagnósticos Principal e relevantes):

_____.

2. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através de explanação que me foi prestada pelo médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico a que me submeterei.

3. Compreendo que a anestesia consiste na alteração induzida e controlada das funções do organismo através da administração de medicamentos. O objetivo é eliminar a dor, proporcionar conforto e controlar as respostas involuntárias do corpo frente ao estresse cirúrgico. Fui informado(a) de que o médico anestesiológico permanecerá ao meu lado monitorando de forma contínua meus sinais vitais por meio de tecnologias específicas, que incluem: oximetria de pulso (oxigenação do sangue), eletrocardiograma (ritmo cardíaco), aferição de pressão arterial e suporte de temperatura. Dependendo das minhas condições clínicas e das necessidades cirúrgicas, poderão ser aplicadas uma ou mais das seguintes técnicas:

- Anestesia Geral: Promoção da perda de consciência e abolição total da dor. Exige a utilização de medicamentos via acesso venoso e/ou respiratória (inalatória), associado à manipulação das vias aéreas com dispositivos como tubo orotraqueal ou máscara laríngea, além de assistência respiratória por ventilador mecânico (tecnologia de suporte à vida).
- Sedação: Indução de um estado de calma e sonolência, variando de leve a profundo, onde a respiração geralmente se mantém espontânea.
- Bloqueios Espinhais (Raquianestesia ou Peridural): Injeção de anestésico na região da coluna vertebral para bloquear a sensibilidade em um segmento específico do corpo (ex: do abdômen para baixo).
- Bloqueios Tronculares/Regionais: Injeção de anestésico ao redor de nervos específicos, guiada por ultrassom ou neuroestimulador, com o objetivo de anestésias áreas focais, como braços ou pernas.
- Procedimentos de Suporte Invasivo: Caso necessário, poderão ser inseridos cateteres venosos centrais, acesso arterial para verificação contínua de pressão ou sondagem gástrica.
- Acompanhamento anestésico: Presença do médico anestesiológico durante exames, transporte intra-hospitalar e anestesia local pelo cirurgião.

4. Declaro entender que a anestesia tem como principal benefício permitir a execução segura do procedimento cirúrgico ou diagnóstico, garantindo o total bloqueio da dor durante a intervenção. Adicionalmente, promove estabilidade das funções vitais ao longo da cirurgia e viabiliza a analgesia (controle de dor) de alta qualidade no pós-operatório imediato. Entendo que o tratamento e prevenção da dor aguda pós-operatória exige terapias invasivas e não invasivas que podem ser realizadas antes, durante e após o ato anestésico, incluindo bloqueios espinhais com passagem ou não de cateter, tronculares e regionais.

5. Fui claramente orientado(a) de que a Medicina (e, especificamente, a Anestesiologia) é uma atividade de meio, não sendo possível garantir resultados infalíveis. Apesar de toda a técnica e excelência aplicadas, a anestesia é um procedimento complexo que envolve riscos imprevisíveis ou estatisticamente possíveis. Os riscos incluem, mas não se limitam a:



- Sintomas Comuns e Efeitos Menores: Náuseas, vômitos, tremores, sensação de frio, coceira intensa (devido ao uso de opioides), sonolência prolongada, inflamação em vasos sanguíneos (flebite), dificuldade temporária para urinar e formigamentos locais.
- Riscos de Via Aérea (Anestesia Geral/Sedação): Dor de garganta, rouquidão passageira, e risco de lesão na cavidade oral, cortes nos lábios ou quebra/perda de dentes durante a inserção de tubos respiratórios.
- Riscos Específicos de Bloqueios e passagem de cateter em bloqueios espinhais (Raqui/Peridural), tronculares e regionais: Cefaleia (dor de cabeça forte após a punção), dor nas costas, falha parcial da técnica (exigindo a conversão para anestesia geral) e raríssimas alterações neurológicas incluindo com perda ou diminuição da força muscular, perda ou diminuição da sensibilidade de áreas do corpo de formas transitória ou permanente.
- Eventos Graves e Excepcionais: Reações alérgicas severas (choque anafilático) às drogas ou materiais sintéticos, aspiração de conteúdo do estômago para os pulmões, variações graves e incontroláveis de pressão arterial, infarto do miocárdio, arritmias, acidente vascular cerebral (AVC), despertar ou memória intraoperatória, parada cardiorrespiratória e risco de óbito.

6. Fui informado(a) de que intervenções de menor porte podem, em tese, ser realizadas apenas com anestesia local administrada pelo próprio cirurgião, porém sem os benefícios de monitorização avançada, controle de ansiedade e suporte à vida inerentes à presença de um anestesiológico. Entendo que a opção pela recusa deste consentimento e a não realização da anestesia implicará na impossibilidade absoluta de se prosseguir com o tratamento cirúrgico ou procedimento invasivo que me foi proposto, mantendo-se a doença ou condição original em seu curso natural.

7. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas, declaro também que prestei ao Médico Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas e medicamentos em uso, visando a anestesia, em especial através do preenchimento da "Ficha de Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico, expressados em ficha anestésica quando de maiores riscos. Declaro assumir o compromisso de informar quaisquer mudanças no quadro clínico até o ato.

8. Declaro mais que minha internação no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

9. Fui informado da necessidade de realizar preparos específicos incluindo jejum em tempo apropriado, manter ou alterações uso de medicamentos por orientação médica e estar acompanhado de responsável à alta hospitalar.

10. Compreendo que possuo o direito inalienável de consentir de forma parcial com o plano terapêutico proposto. Sendo assim, declaro que autorizo a realização da intervenção e dos procedimentos descritos neste documento, com exceção expressa e irrevogável aos seguintes atos, tratamentos ou condutas, os quais opto por não autorizar: [DESCREVER DETALHADAMENTE OS PROCEDIMENTOS, MEDICAÇÕES OU TRATAMENTOS EXPRESSAMENTE RECUSADOS PELO PACIENTE]

Fui exaustiva e claramente informado(a) pelo meu médico assistente sobre os riscos, as implicações clínicas e os potenciais prejuízos ao sucesso do meu tratamento, recuperação ou mesmo risco à vida decorrentes da não realização específica destes atos recusados. Compreendo plenamente as consequências dessa limitação ao escopo do tratamento e assumo integral responsabilidade por esta decisão, isentando a equipe médica e a instituição hospitalar por eventuais complicações que decorram diretamente desta recusa parcial.

11. Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Confirmando que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas em linguagem de fácil entendimento.



12. Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

13. Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.