

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

1. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O procedimento proposto consiste em uma intervenção cirúrgica de pequeno porte ou procedimento ambulatorial, caracterizado por ser minimamente invasivo e, em geral, não exigir internação hospitalar prolongada descrita como:

A técnica exata, o local da incisão e os instrumentos utilizados variarão conforme a indicação clínica específica definida pela equipe médica e explicada de forma suficiente para minha compreensão.

2. OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

O objetivo principal da intervenção é diagnosticar, tratar, reparar ou remover alterações teciduais ou lesões específicas, visando a restauração da integridade física, a prevenção de agravos à saúde e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

3. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os benefícios esperados incluem a resolução ou o controle da condição clínica diagnosticada, o alívio de sintomas (como dor ou desconforto local), a obtenção de material para análise laboratorial (em caso de biópsias) e a recuperação funcional ou estética da área tratada.

4. RISCOS E COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS

Embora os procedimentos ambulatoriais e as pequenas cirurgias sejam considerados seguros, a medicina não é uma ciência exata e a resposta biológica é individual. O paciente deve estar ciente dos seguintes riscos e complicações potenciais:

- Infecção: Risco de infecção no local da ferida operatória, que pode demandar o uso de antibióticos ou curativos específicos.
- Sangramento e Hematoma: Possibilidade de sangramento durante ou após o procedimento, bem como acúmulo de sangue sob a pele (hematoma).
- Cicatrizes: Formação de cicatrizes visíveis, hipertróficas ou queloides, dependendo da cicatrização individual.
- Alterações de Sensibilidade: Risco de lesão em pequenos nervos locais, podendo causar dormência, formigamento ou dor residual na região tratada (de forma temporária ou permanente).
- Reações Alérgicas: Possibilidade de reações adversas a anestésicos locais, antissépticos, fios de sutura ou curativos.
- Recidiva: Em alguns casos (como cistos ou lesões de pele), a alteração pode voltar a se desenvolver.

5. ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS

Antes da indicação cirúrgica, foram consideradas e discutidas as alternativas de tratamento disponíveis. Dependendo do caso, as opções podem incluir o tratamento clínico conservador (uso de medicamentos tópicos ou orais), o acompanhamento clínico (observação da evolução da lesão) ou a realização de exames adicionais. A escolha pelo procedimento cirúrgico ambulatorial foi feita por ser a opção mais adequada e resolutiva para o quadro atual. Os riscos de não realizar o procedimento incluem a progressão da lesão, agravamento dos sintomas e maior risco de infecção.

6. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Devido à natureza da cirurgia, a perda sanguínea costuma ser pequena e controlada. Contudo, em caso de hemorragia severa e imprevisível no intra ou pós-operatório, a transfusão de sangue ou hemoderivados poderá ser indicada para manter a estabilidade hemodinâmica e a segurança vital do paciente. Todos os protocolos de triagem, compatibilidade e segurança transfusional serão rigorosamente seguidos para minimizar riscos de reações alérgicas ou transmissão de doenças.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva da equipe médica e, em casos específicos, da equipe de anestesia, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico; Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), não há previsão de utilização de órteses ou próteses permanentes, e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

8. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura.

Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes.

Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe. Consinto, portanto, ao médico assistente 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 realiza o(s) tratamento(s).

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.

Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

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.

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.

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)).