

## ANESTESIOLOGIA TCLE

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Declaro, para fins legais, conforme segue:

1. Que estou ciente do fato de que, a meu pedido, estarei me submetendo a procedimento anestésico, junto ao Hospital Meridional, a ser realizado por médicos anesthesiologistas do Serviço de Anestesiologia EspíritoSantense, 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. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesista exerce atividade de meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar. Entendo e concordo que a escolha da técnica anestésica depende de fatores ligados à segurança, tipo de cirurgia e condições clínicas do paciente, podendo sofrer alterações em função da escolha do anestesista em acordo com os desejos do paciente.

4. 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.

5. 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.

06. 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.

07. Recebi informações de que qualquer procedimento anestésico a ser realizado não é isento de riscos ou intercorrências, podendo acontecer complicações como: Nos casos de anestesia regional (raquianestesia/ peridural ou anestesia combinada raquianestesia-peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou no local da punção de vasos sanguíneos. Podem se associar náuseas e/ou vômitos, sangramento local, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas. Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório. Há risco de lesão da cavidade oral ou nasal, arcada dentária, dor ou rouquidão.

Mesmo com todos os cuidados, em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica poderão ocorrer: reações alérgicas de leves a graves, flebites, complicações infecciosas, dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão de veias e/ou artérias, sangramento, falta de ar, queda de oxigenação no sangue, queda ou aumento excessivo da pressão arterial, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações relativas a transfusões sanguíneas, vermelhidão em partes do corpo, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida.

---

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

MÉDICO

Nome:

CRM:

#### TESTEMUNHAS

---

NOME COMPLETO:

RG:

---

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).