

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Quarto / Leito: \_\_\_\_\_ /  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Prontoário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ANESTESISTA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESISTA**

Por este instrumento, eu abaixo identificado, fui informado quando aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido. Autorizo o médico abaixo identificado, ou outro colega da mesma equipe, credenciado pelo hospital, a realizar o seguinte ato anestésico:

Anestesia Geral  Raqui anestesia  Peridural  Sedação  Outra anestesia regional

Para realizar a (o) seguinte Cirurgia procedimento:

Anestesia Geral: É a anestesia em que são dados medicamentos que tiram a dor, fazem o paciente dormir e causam relaxamento muscular.

Raqui Anestesia: É aplicada através da região lombar das costas, entre as vértebras da coluna, em um local abaixo da medula espinhal e dessa forma, os nervos que passam por essa região não transmitirão os estímulos nervosos para o cérebro.

Peridural: Anestesia que bloqueia a dor de apenas uma região do corpo, geralmente da cintura para baixo que inclui abdômen, costas e pernas, mas a pessoa ainda pode sentir o toque e a pressão.

Sedação: Sedação é a anestesia em que são dados medicamentos que podem causar sono e esquecimento. Na sedação é possível que o paciente escute e veja parte do que acontece.

Anestesia Regional: Procedimento em que é aplicada uma injeção anestésica local para bloquear informações (incluindo sinais de dor) que viajam ao longo dos nervos do membro a ser operado. Após a injeção, o membro ficará pesado e imóvel e a pessoa não sentirá dor alguma, sendo ainda, capaz de fazer movimentos, alongar ou flexionar o braço na medida que o move.

Fui informado que, durante a anestesia e operação, pode ser necessária a mudança da anestesia proposta devido a complicações ou condições não esperadas que causem mudanças ou necessidade de tratamentos diferentes daqueles inicialmente planejados, sendo necessárias as outras condutas explicadas no termo de consentimento da operação. Fui informado, entendi e estou ciente de que todo tratamento que será realizado comigo apresenta riscos de complicações, lesões temporárias ou definitivas e até mesmo a morte, sejam de causa conhecida ou não esperadas, por causa do tratamento em si ou das minhas condições de saúde. Essas condições podem ocorrer mesmo que todos os cuidados sejam tomados, com profissionais experientes e técnica adequada, mas que tudo será feito para impedir o seu aparecimento. Declaro ainda que tive conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico, pela explicação que me foi prestada pelo médico(a) anestesiológico(a) e/ou integrante de sua equipe.

Declaro conhecer que o médico anestesiológico presta seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e cuidado em busca da manutenção das condições da vida do paciente durante o procedimento.

Algumas das complicações possíveis em anestésias são:

Anestesia Geral: Sedação insuficiente, hipóxia, broncoespasmo, aspiração do conteúdo gástrico (Síndrome de Mendelson), apneia, bradicardias, arritmias, hipotensão, hipertensão, embolia, parada cardíaca e alergia medicamentosa.

Raqui Anestesia: Alergia medicamentosa, pressão baixa, sensação de não conseguir respirar, formigamento no pós-operatório, tremores, coceira ou irritação na pele e até sonolência.

Peridural: Queda da pressão arterial, alergia medicamentosa, calafrios, tremores, náuseas, vômitos, febre, infecção, dano no nervo próximo do local ou sangramento epidural.

Sedação: Náuseas, vômitos, labilidade emocional e reações paradoxais como inquietação, agitação, delírio e alergia medicamentosa.

Anestesia Regional: Toxicidade por anestésico local, alergia medicamentosa, lesão traumática de nervos, infecções e danos a estruturas adjacentes.

Declaro e confirmo que, em consulta pré-anestésica com o anestesiológico, respondi a verdade sobre minhas condições físicas, psicológicas e de saúde. Informe-me nesta consulta todos os medicamentos, substâncias químicas e drogas ilícitas que estou utilizando e todos os medicamentos que não posso utilizar ou alergias a qualquer coisa.

Declaro e confirmo que foi permitido que eu fizesse todas as perguntas e observações necessárias para entender o que poderá ocorrer comigo em decorrência da anestesia que receberei.

Estou de acordo e assino abaixo esse documento, de espontânea vontade, para receber cuidados de anestesia necessários à realização de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos a que serei submetido. Autorizo, ao (à) médico(a) acima identificado(a) ou a outro(a) médico(a) de sua a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis.

Confirmação e declaração do(a) médico(a):

( ) Declaro ter fornecido todas as informações necessárias ao claro entendimento do procedimento proposto ao paciente e considerarei o responsável pela assinatura desse termo suficientemente capaz para compreender o que lhe foi esclarecido.

( ) Declaro que não houve possibilidade para o esclarecimento amplo do procedimento proposto por se tratar de situação de emergência com risco de morte devido ao estado clínico do paciente.

Teutônia,

RG: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Nome Responsável: \_\_\_\_\_

Anestesista: \_\_\_\_\_

CREMERS: \_\_\_\_\_

Ass.: \_\_\_\_\_

Responsável deve assinar em caso de paciente menor de idade (responsável legal) ou quando o paciente não tenha condições de assinar o documento. CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s) / procedimento(s) acima descrito(s), tendo respondido as perguntas formulada(s) pelo mesmo de forma esclarecedora. conforme meu entendimento, o paciente e/ou o responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.