

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, ESCLARECIDO E PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA

Eu, _____ CPF _____ venho, pelo presente Termo de Consentimento para realização de anestesia, autorizar o médico Anestesiologista, Dr.(a) _____, ou outro médico Anestesiologista da COOPANESTRP (Cooperativa dos Anestesiologistas de Ribeirão Preto) devidamente autorizado a atuar no Hospital e/ou Clínica: _____ a realizar em minha pessoa o procedimento anestésico denominado _____, por ocasião da cirurgia/exame de _____.

Declaro ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o procedimento anestésico citado, tendo recebido do médico Anestesiologista todas as informações solicitadas, bem como outras auxiliares, conforme a seguir explicitam:

1. Que quando indicado jejum, não deverei ingerir alimentos ou líquidos, inclusive água, 8 (oito) horas antes da cirurgia;
2. Que poderá ser obrigatória e necessária a utilização de monitorização invasiva da pressão arterial, do coração e respiração;
3. Que serão realizadas todas as medidas disponíveis para evitar a transfusão sanguínea e/ou outros hemoderivados, mas que essa poderá ser necessária e que tais produtos biológicos, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou transmitir doenças;
4. Que poderá ser necessária a realização de procedimento anestésico diferente do descrito neste termo, bem como de condutas médicas emergenciais, sempre com o objetivo de preservar a vida e a saúde do paciente;
5. Que poderei revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando que comunique minha decisão ao médico Anestesiologista e assine o Termo de Revogação;
6. Que da anestesia poderá resultar:
 - Lesões nas gengivas, lábios ou língua, quebras ou perdas de dentes e/ou próteses dentárias (dentaduras, pontes ou pivôs) por manipulação da cavidade oral, língua, boca e dentes, garganta, até nível de pulmões;
 - Colocação de tubo para permitir a respiração;
 - Colocação de cateter na veia de pescoço e braços;
 - Obstruções nas vias respiratórias, podendo levar a dificuldade severa de respiração ocasionando lesão cerebral por falta de oxigenação no cérebro;
 - Desconforto na cavidade bucal devido à colocação de tubo para permitir a respiração, dificuldade temporária de fala, dor de garganta, dor muscular, dor na coluna, náuseas e vômitos, dor de cabeça, tontura, desmaios, vertigens e derrame;
 - Ardência e ressecamento nos olhos, lesão da córnea, descolamento de lentes, visão turva, opaca, sem luminosidade e perda de pelos;
 - Pequeno machucado ou dor no local das aplicações de medicamentos ou punção de veias e/ou artéria e inflamação dos vasos, devido aos materiais e medicamentos utilizados;
 - Frio, tremores, áreas de dormência por vícios de postura ou após a realização de determinadas anestésias, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, apesar de raro, poderão ser permanentes;
 - Lembrança do período durante a cirurgia, transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos;
 - Alergia aos medicamentos que podem causar dificuldade de respiração e reação na pele, severo inchaço, pressão baixa e circulação deficiente;
 - Sensibilidade muscular herdada para medicamentos anestésicos específicos (hipertermia maligna) podendo causar febre alta, aumento dos batimentos cardíacos e da pressão do sangue, rigidez muscular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral;
 - Insuficiência cardíaca, respiratória, renal ou hepática irreversível, óbito durante a cirurgia ou no pós-operatório imediato;
 - Nos casos de anestesia regional poderá ser necessária conversão para anestesia geral associada por indicação médica.
 - Nos casos de anestesia regional podem ocorrer: perda da consciência e parada involuntária da respiração (apnéia), intoxicação sistêmica e infecção, redução importante da pressão do sangue e respiração, dormência, formigamento, choque, fraqueza ou dor nas pernas, podendo ser temporária ou permanente, dificuldade para caminhar, sangramento no local da realização da injeção do anestésico, meningite, saída do líquido espinhal, infecção local, dor nas costas, dor de cabeça, coceira, prisão de ventre, retenção ou incontinência de urina, depressão respiratória, redução dos batimentos cardíacos.

Declaro que estou ciente de que essas complicações algumas vezes decorrem de fatores que não se pode ter certeza absoluta sendo imprevisíveis, tais como reações do corpo do próprio paciente.

Declaro ainda que fui informado (a) pela equipe médica que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como: maconha, cocaína, anfetaminas e outras, além do álcool são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, e da importância de comunicar o eventual uso antes do procedimento. Fui informado (a) também das complicações que o uso destas substâncias pode causar.

Fui também esclarecido (a) que pode ser necessário transporte e transferência para outra unidade hospitalar para cuidados intensivos, em caso de complicações não esperadas, acompanhamento pós-operatório ou interconsulta com especialistas em outras unidades hospitalares.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Declaro, por fim, que fui especificamente advertido e informado dos riscos adicionais e extraordinários a que estarei exposto em razão do fato de a intervenção anestésica ser realizada durante a situação de pandemia instalada pela doença denominada COVID-19.

E para que fique registrado o meu pleno consentimento em ser submetido ao procedimento anestésico acima descrito, firmo o presente documento.

Paciente ou Responsável Legal (Se menor): _____ Data: ____/____/____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO (A) ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL PELA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO:

Declaro que expliquei ao paciente (ou a seu responsável) o procedimento anestésico a ser realizado, informando detalhadamente sobre benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações. Todas as dúvidas foram esclarecidas, estando seguro de que a (o) paciente (ou seu responsável) está adequadamente informada (o) e esclarecida (o) para submeter-se ao procedimento anestésico proposto.

MÉDICO/CRM: _____ ASSINATURA/CARIMBO: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____: ____