

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO



O objetivo da anestesia é permitir a realização dos procedimentos cirúrgicos e invasivos, bem como controlar a dor dos pacientes no pós-operatório. É indicada também, no caso da impossibilidade de realizar o procedimento ou exame diagnóstico pela não colaboração do paciente, como exemplo: crianças e pacientes com mal de Parkinson.

Riscos e Complicações:

A anestesia por ser um procedimento complexo, envolve diversos riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, mesmo quando feita sob o mais rigoroso padrão técnico. São exemplos: **náusea e vômito, lesão dentária, reações alérgicas, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, infarto, perda visual, hipóxia, falha parcial ou total da técnica, intoxicação por anestésico local, cefaleia pós anestesia raquidiana, lesão neurológica temporária ou permanente, parada cardiorrespiratória, óbito.**

Após entender a necessidade do procedimento anestésico, bem como seus benefícios, riscos e complicações potenciais, autorizo qualquer médico anesthesiologista do corpo clínico deste hospital, a realizar em minha pessoa o seguinte procedimento anestésico _____
ou a seguinte alternativa anestésica _____

Concordo em receber, caso seja necessário, transfusão de sangue total, de seus componentes e hemoderivados, conforme prescrição de meu médico assistente. Declaro, ainda, que me foram fornecidas as orientações que terei de observar após a realização da transfusão.

Não concordo em receber transfusões de sangue e/seus componentes e hemoderivados e declaro estar ciente dos riscos decorrentes desta decisão. No momento, em caso de risco iminente de morte constatado e assinado por dois médicos, declaro entender que é facultada aos médicos a decisão final quanto à efetivação da transfusão de sangue e hemocomponentes.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados.

Confirmando que recebi, li, compreendi perfeitamente e concordo com o documento em sua plenitude com todos os itens acima referidos, todas as informações sobre o procedimento foram esclarecidas e estando plenamente satisfeito com as informações. Paciente /Responsável.

São Paulo, ____ / ____ / ____

NOME COMPLETO DO PACIENTE

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL

RG :

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

- Declaro que foi explicado ao paciente e/ou responsável, o procedimento informando-o(a) sobre os benefícios, riscos e alternativas. Respondi satisfatoriamente todas as perguntas do Paciente/responsável e de acordo com o meu entendimento acredito que o(a) mesmo(a) compreendeu tudo o que foi explicado.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar se de situação de emergência.
- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, devido paciente estar sem acompanhante/sem condições de assinar no momento da indicação do procedimento cirúrgico. A equipe anestésico/cirúrgica entende que existem mais riscos em se postergar o procedimento do que realizá-lo neste momento (necessário termo de indicação de emergência assinado pelo cirurgião anexo).