



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA

Declaro, para fins legais que:

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal, eu \_\_\_\_\_ por este termo autorizo Dr. \_\_\_\_\_, e todos os demais profissionais vinculados a minha assistência, a realizar os procedimentos anestésicos necessários para a realização da cirurgia \_\_\_\_\_ a qual, no momento, me proponho a realizar. Autorizo expressamente a realização da seguinte anestesia \_\_\_\_\_. Desde agora, concordo com que, em caso de necessidade, e em virtude da situação clínica que me encontro sejam efetuados quaisquer outros atos anestésicos entendidos necessários pelos médicos anesthesiologistas que me atendeu.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco de vida.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos: poderá ocorrer dor de garganta, fraturas e/ou perdas dentárias, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua, ronquidão e perda de voz, dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, durante a recuperação anestésica, sede ou boca seca, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos, dor e/ou hematomas nos locais de punções de veias e/ou artérias e flebites devido aos materiais e medicamentos utilizados, ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pelos, frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e mesmo raro, poderão ser permanentes; transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos; em qualquer procedimento anestésico há risco de complicações maiores como seqüela neurológica grave, alterações cardíacas, pulmonares ou renais importantes, exacerbação de doenças prévias ou óbito. Devido a minhas condições clínicas atuais, estou ciente de que corro risco de: \_\_\_\_\_

5. Estou ciente que a sonegação de informações quanto aos meus hábitos, uso de medicação, drogas ou entorpecentes, álcool, tabagismo e estado de saúde prévia podem influenciar diretamente na ocorrência das complicações acima descritas.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto estou ciente e autorizo o médico anesthesiologista, bem como os seus assistentes ou os seus designados a realizar qualquer técnica, procedimentos invasivos, transfusão de sangue ou tratamento necessário para condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições.

7. Entendo que o médico anesthesiologista e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos anesthesiológicos propostos.

8. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até meu reestabelecimento completo, respondendo o que me foi solicitado, informando as minhas condições de saúde, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, colocar em perigo a minha saúde ou meu bem-estar, ou ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo o registro (em prontuário médico e/ou computador e/ou som, etc.) dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta sendo que todas as informações são mantidas em estrito sigilo e divulgadas àquelas que necessitam ou têm direito legal às mesmas.

### AUTORIZAÇÃO

Entendo que os meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observados e, embora sendo sabedor (a) de que os procedimentos aos quais me submeterei além de serem de risco, poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização. A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do  
Médico Anesthesiologista

1ª via do paciente