

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA

(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Nome do diretor médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido(a) nesta instituição.

Autorizo o médico anesthesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico \_\_\_\_\_ ou a seguinte alternativa anestésica \_\_\_\_\_

Declaro ainda que:

**a)** Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.

**b)** Fui esclarecido(a) de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.

**c)** Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição. Fui informado(a), também sobre a probabilidade de sentir desconfortos e, igualmente acerca das opções disponíveis de analgesia para o pós operatório.

**d)** Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão sanguínea, caso ocorram situações imprevistas que demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

**e)** Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anesthesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ ingestão de líquidos).

**f)** Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado(a) também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

**g)** Declaro que fui devidamente esclarecido quanto à eventual necessidade de transfusão de sangue, e que :

Autorizo a realização

Recuso a realização pelo seguinte motivo: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que o registro de minha recusa quanto a realização de transfusão de sangue será submetida a equipe médica para a realização do procedimento proposto para reavaliação da viabilidade da conduta proposta.

**PACIENTE/RESPONSÁVEL**

Confirmando que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer item, parágrafo, ou palavras com as quais não concordasse.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHA**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos, e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

\_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO CASO HAJA RECUSA DE TRANSFUSÃO**

Diante da recusa a realização de transfusão de sangue, a equipe médica decidiu:

- Declinar do caso, recomendando: \_\_\_\_\_
- Prosseguir com a realização do procedimento proposto com o uso de métodos alternativos.
- Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome legível, CRM e visto ou carimbo com CRM e visto