

Identificação do Paciente

Nome: _____ Idade: _____
 Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____

Orientações

- Fui informado (a) pelo (a) médico (a) de que, para meu tratamento/ diagnóstico, devo ser submetido (a) à anestesia e/ou sedação.
- Como é feito? O procedimento anestésico é realizado por um médico anesthesiologista ou devidamente habilitado na prática de anestesia e sedação. Este médico permanece junto ao paciente que fica monitorizado durante todo o procedimento. De maneira obrigatória todo paciente é monitorizado quanto aos seguintes sinais vitais: frequência cardíaca, pulso, oxigenação sanguínea, pressão arterial e respiração (no caso de anestesia geral). Existem ao menos quatro técnicas anestésicas comumente realizadas, cada uma delas envolve métodos diferentes de serem realizados e serão explicados abaixo:
 - Acompanhamento do Serviço de Anestesia: um anesthesiologista fica responsável por acompanhar e/ou supervisionar o deslocamento e/ou procedimento.
 - Sedação: A sedação pode variar de leve (paciente consciente, porém não ansioso) até profunda (paciente em sono profundo, só despertado por estímulos dolorosos). Ela é realizada através da administração de um ou mais tipos de anestésicos.
 - Anestesia geral: Estado de perda de consciência em que o paciente não é desperto mesmo que sofra algum estímulo doloroso. Pode ser administrada por via: venosa; venosa e inalatória (adultos e crianças) ou apenas inalatória (crianças).
 - Bloqueios espinais: consistem da raqui-anestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas). Eles são realizados através da injeção de anestésico local na região onde estão as terminações nervosas da coluna espinhal, levando a anestesia de algum segmento do corpo por impedir que a sensação de dor seja levada ao sistema nervoso central.
 - Bloqueios tronculares: trata-se da injeção de anestésico local em volta de nervos específicos com objetivo de anestésiar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé e etc).
 - Outros procedimentos: eventualmente serão necessários outros procedimentos invasivos para realização da anestesia e sua monitorização, entre elas estão a: inserção de cateter venoso central, punção arterial, sondagem gástrica e outros.
- Riscos e Complicações: Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve diversos riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, entre eles: Náusea e vômito, dor de garganta, lesão dentária, reações alérgicas, consciência intraoperatória, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, aspiração de conteúdo gástrico, infarto, perda visual, hipóxia, parada cardiorrespiratória, óbito, cefaleia (raqui-anestesia e anestesia peridural), Infecção, lesão nervosa, falha parcial ou total da técnica, intoxicação por anestésico local.
- Caso eu recuse a anestesia e/ou sedação, entendo que não será realizado o tratamento/ diagnóstico.
- Após a anestesia, normalmente o paciente é encaminhado a uma unidade de recuperação anestésica (RPA) onde será mantido monitorizado pelo tempo determinado pelo anesthesiologista até a recuperação da anestesia e o alívio de qualquer eventual sintoma. Sintomas mais comuns que podem ocorrer no período pós-anestésico: Sonolência; frio; tremores; impossibilidade de mover algum membro (em caso de anestesia regional); dor; náusea e vômito; coceira (devido ao uso de medicações opioides para dor); pacientes com maior risco ou que realizaram procedimentos de alta complexidade podem ser encaminhados para unidades de maior vigilância como Unidade Semi-Intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
- Não ocultei nenhuma informação que tenho conhecimento a respeito de meu estado de saúde, tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ ingestão de líquidos), medicações, hábitos de vida, vícios (tabagismo, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas), alergias, doenças crônicas, resultados de exames e cirurgias anteriores, estando ciente de que a ocultação das informações acima podem aumentar a possibilidade de ocorrência das complicações.
- A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Fui alertado de que a obrigação do médico é de meios e não de resultado e, por isso, estou inteiramente ciente de que o resultado do procedimento anestésico pode não ser o esperado, sem que isso indique qualquer tipo de negligência, imprudência ou imperícia médica.

10. Confirmando que recebi, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento se realize(m). Paciente Responsável

Nome legível: _____ Assinatura: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, bem como sobre o preparo necessário, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante/ responsável/ representante legal do paciente

Eu, _____ Identidade Nº: _____ declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós anestesia/ sedação e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento realizado no Hospital Di Camp.

Rio de Janeiro ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____