

Termo de Ciência e Consentimento

Anestesia e Sedação

Paciente: _____ Sexo: _____
Registro: _____ Data de nasc.: ____/____/____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

Segundo o código de ética médica resolução CFM N°1931/2009:

Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Paciente: _____ *estou ciente que serei submetido a procedimento anestésico para realização de cirurgia ou procedimento diagnóstico terapêutico de:*
_____, a
ser realizado por um ou mais membros da equipe de anestesia deste hospital.

ESCLARECIMENTOS:

- O Médico Anestesiista é obrigado a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos;
- É, possível embora muito rara, a ocorrência de complicações independentes da boa técnica, e podem ocorrer com cada um dos tipos de anestesia, podendo também algumas vezes estar associada à técnica cirúrgica. Estas complicações podem variar desde dor de cabeça, dor nas costas, lesão dentária, abrasão nas córneas, infecção, sangramento, reação adversa a medicamentos, perda de sensibilidade, perda de visão, perda da função de um membro, paralisia de membros, derrame e lesão cerebral, infarto do coração ou até mesmo morte. Essas raras complicações, porém possíveis, são em sua maioria controláveis, e terão o devido acompanhamento pelo serviço de anestesiologia e se necessário a participação de outro especialista, de forma que a melhor assistência possível seja disponibilizada.
- A escolha da técnica anestésica ou tipo de anestesia a ser aplicada a um determinado paciente têm como principais objetivos a segurança e o conforto do paciente, sempre levando em conta as condições clínicas do paciente e as características de cada procedimento.

Existem situações clínicas sob anestesia na realização de cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos onde a transfusão de derivados do sangue como concentrado de hemácias, plasma e plaquetas são necessários para a preservação da vida. Sendo assim consinto na transfusão de componentes sanguíneos quando for indicada pela equipe de anestesia no intuito de preservação da vida.

() ANESTESIA GERAL	Resultado esperado	Estado de inconsciência total existe a possibilidade de colocação de tubos na garganta e traquéia
	Técnica	Medicações são injetadas na corrente sanguínea, inaladas pelos pulmões, ou por outras vias
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Dor de garganta ou boca, rouquidão, lesão ou traumatismo da boca ou dentes, lembrança de fatos ocorridos durante a cirurgia ou procedimento, lesão de vasos sanguíneos (veias e ou artérias), vômito, aspiração de conteúdo estomacal e pneumonia.
() ANESTESIA SOBRE A COLUNA RAQUIDIANA OU EPIDURAL 1. COM SEDAÇÃO 2. SEM SEDAÇÃO	Resultado esperado	Perda ou diminuição temporária das sensações e ou movimentação da parte inferior do corpo.
	Técnica	Medicamentos injetados através de agulhas ou cateteres colocados diretamente dentro do fluido da coluna espinhal ou líquido, ou ainda adjacente ao canal espinhal (espaço epidural).
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Dor de cabeça, dor nas costas, zumbido nos ouvidos, convulsões, infecção, dor residual, lesão de vasos sanguíneos, ou “raqui total” insensibilidade de todo o corpo.
() BLOQUEIO ANESTÉSICO DE NERVOS PERIFÉRICOS PEQUENOS OU GRANDES. 1. COM SEDAÇÃO 2. SEM SEDAÇÃO	Resultado esperado	Diminuição temporária da sensibilidade (dormência) e ou dos movimentos de um membro ou área específica.
	Técnica	Medicamentos injetados através de agulhas, próximo aos nervos, levando a perda da sensibilidade dolorosa na área a ser operada.
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Infecções, convulsões, fraqueza, dormência persistente, dor cirúrgica residual requerendo complementação da técnica por outros anestésicos, lesão de vasos sanguíneos, falha do bloqueio requerendo anestesia geral.
() ANESTESIA REGIONAL INTRAVENOSA (BIER) 1.COM SEDAÇÃO 2. SEM SEDAÇÃO	Resultado esperado	Adormecimento temporário e ou diminuição da movimentação de um membro.
	Técnica	Anestésicos são administrados nas veias de um dos braços ou perna a ser operado, enquanto se usa um garrote ou torniquete no membro
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Infecção, convulsão, dormência persistente, dor residual, lesão de vasos sanguíneos

() SEDAÇÃO	Resultado esperado	Redução da ansiedade ou dor, amnésia parcial ou total.
	Técnica	Anestésicos injetados na corrente sanguínea, respirada através dos pulmões, ou por outras vias produzindo um estado semi-consciente.
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Estado de inconsciência, comprometimento respiratório, lesão de vasos sanguíneos.
() CUIDADO ANESTÉSICO SOB MONITORIZAÇÃO SEM SEDAÇÃO	Resultado esperado	Acompanhamento pelo anestesiológico, dos sinais vitais (pressão, frequência cardíaca e oxigenação) para pronta intervenção se necessário. Indicado geralmente para pacientes muito graves, onde qualquer sedação pode acrescentar risco adicional.
	Técnica	Nenhuma
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Lembranças desconfortáveis, ansiedade e ou desconforto.
() ANALGESIA PÓS OPERATÓRIA	Resultado esperado	Ter sua dor controlada para poder realizar suas atividades de recuperação cirúrgica, com menos náuseas, vômitos, coceira ou muita sonolência, além de evitar sofrimento e transtornos psicológicos.
	Técnica	Melhor controle da dor estão disponíveis como por exemplo: Colocação de cateter peridural (coluna) para infusão contínua de combinação de analgésicos, ou infusão venosa, que podem também gerar autonomia ao próprio paciente de solicitar dose extra, se necessário, em períodos em que tenha que ser manipulado, com nos banhos, curativos, fisioterapia, etc., através de bombas de infusão padronizadas.
	Riscos (incluindo, mas não limitado)	Náusea e vômitos, coceira ou prurido, depressão respiratória, analgesia insuficiente, infecção, hemorragia, dormência persistente.

Autorizo a Realização da Anestesia.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Responsável
Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____ Parentesco _____
Nome do médico/ anestesiologista _____ CRM: _____
Assinatura: _____