**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento Anestésico e Sedação** |

|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento,** , **DÁ TOTAL AUTORIZAÇÃO AOS MÉDICOS**, médicos anestesiologistas responsáveis pela minha assistência (o “Médico Anestesiologista”), a **efetuar os procedimentos anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico ao qual concordei a ser submetido** (o “Procedimento Anestésico”), a ser realizado no Instituto Orizonti, hospital localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

Adicionalmente, **declaro que**:

1. Compreendo que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico, incluindo de forma desfavorável, e que, por isso, confirmo que repassei ao Médico Anestesiologista todas as informações sobre as minhas condições físicas e psicológicas prévias, de tal modo que todos os dados relevantes pudessem ser registrados no documento denominado Ficha de Avaliação Pré-Anestésica. Assim sendo, assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido. Sendo assim, confirmo que informei ao Médico Anestesiologista meu completo histórico médico e quaisquer particularidades de minha condição clínica (tais como, exemplificativamente, alergias, uso de próteses de qualquer natureza, uso de lentes de contato, tratamentos em andamento, uso de medicamentos de qualquer natureza, uso de fitoterápicos, doenças prévias ou atuais, cirurgias prévias e suas eventuais complicações e anestesias prévias e suas eventuais complicações), assim como confirmo (confirmarei no ato da anestesia) o tempo de minha última refeição de sólido e ou de líquidos (jejum). Fui informado ainda de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes e o uso de álcool são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento a que serei submetido e da importância de comunicar esse eventual uso ao anestesiologista.
2. Fui informado de que a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende de diversos fatores, sendo eles (i) a avaliação do Médico Anestesiologista, (ii) a minha condição clínica, (iii) o procedimento cirúrgico proposto pelo cirurgião, (iv) além do meu consentimento.
3. Me foram esclarecidas as técnicas anestésicas comumente realizadas no Instituto Orizonti, cada uma das quais envolve métodos diferentes, conforme a seguir:
4. **o** **Cuidado Anestésico Monitorado** (sedação e analgesia): envolve o uso de medicação (ões), durante um procedimento cirúrgico para aliviar a ansiedade (sedativo) e/ou a dor (analgésico) do Paciente. As medicações podem ser aplicadas por via venosa e/ou inalatória;
5. **a Anestesia Regional** (peridural, raquianestesia, raqui-peridural, bloqueio de nervo periférico): envolve a administração de medicação (ões), no caso o anestésico local com ou sem adjuvantes, nos arredores dos nervos (medula espinhal ou nervos periféricos) com o intuito de produzir insensibilidade (analgesia) e algumas vezes bloqueio motor (paralisia temporária). A anestesia regional muitas vezes pode ser acompanhada de sedação para maior conforto do Paciente; ou
6. **a Anestesia Geral:** uma série de medicamentos aplicada no Paciente através de injeções (anestesia geral venosa) e/ou através da inalação de gases anestésicos (anestesia geral inalatória) com intuito de causar inconsciência, imobilidade e analgesia (alívio da dor), sendo que o controle da respiração é realizado de modo artificial, **podendo ser necessária a intubação traqueal ou uso de via aérea supraglótica** (máscara laríngea).
7. Fui informado que, independente da técnica anestésica a ser adotada, os sinais vitais do Paciente serão monitorados continuamente pelo Médico Anestesiologista por meios clínicos e por aparelhos específicos, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia e do Conselho Federal de Medicina.
8. Estou ciente de que para realizar o Procedimento Anestésico / sedação será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo Médico Anestesiologista. A(s) alternativa (s) de Procedimento Anestésico/sedação indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente, de forma clara e objetiva.
9. Fui informado de que, como qualquer outro procedimento médico, o Procedimento Anestésico a ser realizado **não é isento de riscos, intercorrências ou complicações**, sendo os mais comuns os descritos abaixo, os quais poderão ocorrer no Paciente:

1. **Depressão da respiração**: no caso do cuidado anestésico monitorado, a depressão respiratória pode ocorrer e a respiração do Paciente pode ficar mais devagar, decorrente do uso de medicações, podendo chegar a um nível perigoso ou, até mesmo, parar (parada respiratória). Nessa circunstância poderá ser necessária a introdução temporária de um tubo na traqueia (intubação traqueal) ou utilização de dispositivo supraglótico (máscara laríngea), até que passe o efeito das medicações ou por um período maior, conforme condições clínicas do Paciente. Pode ser necessária a transferência do Paciente para uma Unidade de Terapia Intensiva como parte desse tratamento.
2. **Intubação Traqueal**: durante o processo de intubação traqueal pode haver lesões nos dentes, nos lábios, na boca, nas partes da orofaringe, na nasofaringe, na laringe (inclusive das cordas vocais). O Paciente pode desenvolver rouquidão, dor de garganta, lesão na pele do rosto e nos olhos.
3. **Hipotensão Arterial**: muitas técnicas anestésicas causam redução da pressão arterial e em alguns casos essa queda pode ser intensa sendo necessário tratamento com infusão de líquidos e algumas vezes medicações venosas (vasopressores) para manter a pressão arterial. Pode ser necessária a transferência do Paciente para uma Unidade de Terapia Intensiva como parte desse tratamento.
4. **Consciência Perioperatória**: no caso de Anestesia Geral, em determinados momentos poderá haver consciência (em alguns procedimentos cirúrgicos de modo intencional) não intencional do Paciente e, portanto, o Paciente poderá se recordar de alguns aspectos da sala de operação.
5. **Posicionamento Cirúrgico**: cada procedimento cirúrgico demanda uma posição específica do Paciente e, dependendo do posicionamento, o Paciente poderá desenvolver sensação de dormência ou fraqueza nos membros superiores e/ou inferiores, podendo o mesmo ser temporário ou definitivo. Além disso, poderão ocorrer lesões no rosto (boca, lábio, nariz, olhos) e, dependendo da posição do Paciente, poderá ocorrer na hipótese de decúbito ventral (barriga para baixo), relatos de amaurose (cegueira).
6. **Efeitos Adversos das Medicações**: náusea, vômitos, vertigem, crise convulsiva, reação cutânea, reação alérgica, choque anafilático, febre, arritmia cardíaca, parada cardíaca, coma.
7. Em algumas situações de Anestesia Regional podem ocorrer: **(a)** falha da anestesia regional, quando poderá ser necessária nova anestesia regional (ou complementação da mesma com sedação e analgesia ou conversão para anestesia geral); **(b)** dormência, formigamento ou perda de força dos membros podendo, ser transitória ou definitiva; **(c)** cefaleia (dor de cabeça), desde leve e transitória até intensa, com necessidade de procedimento de tampão sanguíneo para seu tratamento; **(d)** o anestésico local também pode levar a um quadro de intoxicação, que pode ser leve a grave, culminando inclusive com arritmias cardíaca e parada cardíaca, podendo ser necessário tratamento com medicamentos específicos e até encaminhamento do Paciente a uma Unidade de Terapia Intensiva.
8. Em algumas situações de procedimento de sedação e/ou analgesia, poderá ser necessária a sua reversão através do uso de medicamentos, os quais poderão deixar você mais acordado durante o procedimento.
9. O cancelamento da cirurgia pode ser uma opção, tanto pelo Paciente, quanto pelo Médico Anestesiologista, ao ser verificado, por exemplo, o aparecimento de uma condição clínica nova (exemplificativamente, infecção de via aérea ou outros) acontecida após a avaliação pré-anestésica. Assim sendo, declaro que tomei conhecimento que a suspensão da cirurgia, por si só, também pode causar riscos de danos irreversíveis para a saúde do Paciente, devendo ser o caso da suspensão acordado entre você e toda a equipe cirúrgica.
10. Com relação às cirurgias de **urgência**, situação definida como **sem risco de morte iminente**, mas que, se não for tratada, a situação do Paciente pode evoluir para complicações mais graves. Tais agravamentos podem evoluir com complicações anestésicas específicas para a situação, além das já descritas para as cirurgias eletivas, dentre elas: **(a)** a possibilidade de regurgitação gástrica com aspiração pulmonar, **(b)** traumatismo no procedimento de intubação traqueal, **(c)** hemorragia, **(d)** insuficiência renal, **(e)** embolia gordurosa, **(f)** tromboembolismo pulmonar, **(g)** despertar peroperatório, **(h)** encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva, **(i)** arritmias cardíacas, **(j)** parada cardíaca e **(k)** morte.
11. Com relação à transfusão de sangue e seus derivados não se pode garantir que esses elementos não serão administrados especialmente nos casos de iminente risco de morte. Assim sendo, declaro e reconheço que **poderá ser necessária a infusão de sangue e seus componentes (transfusão de sangue) no paciente.** A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou criopreciptado, etc), de um indivíduo-doador para o paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrem reações adversas à transfusão. As reações poderam ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolítica, hemolítica aguda, lesão pulmonar aguada associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previsto em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).
12. Complicações gerais podem ocorrer em diferentes tipos de procedimentos anestésicos ou combinação de procedimentos como: infecção, paralisia do nervo frênico, pneumonia, pneumonia de aspiração, atelectasia (colapso pulmonar), sangramento, hematomas, coceira, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio (ataque cardíaco), lesões secundárias ao acesso venoso ou a punção de arterial para monitoração contínua da pressão arterial (hematomas, equimose, lesão nervosa – dormência , isquemia - falta de sangue - da região distante à punção); lesões relacionadas à abordagem da via aérea (uso de laringoscopia direta ou videolaringoscopia, intubação traqueal, passagem de dispositivo supra glótico, passagem de cânula nasofaríngea ou cânula orofaríngea) com lesão da boca, lábio, cordas vocais, fratura de dentes, rompimento de próteses dentárias (fixas ou temporárias), sangramento nasal, lesão dos cornetos nasais. Além disso, pode haver complicações irreversíveis com risco de morte.
13. Me foi informado que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Entretanto, todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Instituto Orizonti serão utilizados para que seja alcançado o melhor resultado.
14. Diante das informações recebidas, autorizo que seja executado em mim (ou no Paciente pelo qual sou responsável legal), o Procedimento Anestésico decidido pelo Médico Anestesiologista (e/ou pela equipe do Instituto Orizonti que fará o procedimento anestésico). Estou ciente que, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes desde já pré-autorizados. Nessa situação, o Médico Anestesiologista avaliará e acompanhará o Paciente, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; e que tal conduta se justifica para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida do Paciente. Sendo assim, autorizo a mudança da técnica anestésica incialmente proposta frente a situações imprevistas ou complicações que possam ocorrer durante meu procedimento, os quais necessitem de abordagem diferente daquela inicialmente proposta.
15. Tive a oportunidade de questionar, argumentar ou discordar de qualquer parte desse termo e que minhas dúvidas foram satisfatoriamente respondidas e compreendo que o Médico Anestesiologista se responsabiliza exclusivamente pelos procedimentos de sua especialidade. Autorizo a utilização dos meus dados de maneira retrospectiva e anônima para fins de pesquisa. Confirmo que o presente termo foi lido e compreendido em todos os seus pontos, inclusive da opção de revogação deste, caso não queira mais autorizar o procedimento. Confirmo ainda nesse momento que recebi todas as informações necessárias sobre o Procedimento Anestésico e sobre todos os riscos inerentes a tal procedimento, além dos possíveis efeitos colaterais e complicações - seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)**Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**