TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ANESTESIA OU SEDAÇÃO

Perinatal

Este documento deve ser preenchido e assinando pelo médico responsável pela realização do procedimento e pelo paciente ou responsável legal, após concordância com as informações e esclarecimentos prestados.

Procedimento:

_____

_____

Riscos e complicações potenciais individuais:

_____

_____

Colar aqui etiqueta

Quando preenchimento externo – preencher dados abaixo:
Nome:
_____
Unidade: ☐ Laranjeiras ☐ Barra
Data de Nascimento: _____/_____/_____

Para Recepção Perinatal:
Quando preenchimento externo – acrescentar etiqueta

Quando preenchimento interno (impressão do formulário pelo Tasy) – identificação impressa (nome completo, data de nascimento e numero do prontuário).

Anestesia geral: Inalatoria ◯
Venosa total ◯
Venosa + Inalatoria ◯

Sedação

Bloqueio de neuro eixo: Raquianestesia ◯
Bloqueio peridural ◯
Raqui + Peri ◯

Anestesia local + Sedação ◯

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

- Ao se submeter ao procedimento cirúrgico supra descrito, será realizado procedimento anestésico ou de sedação. Nos casos de parto vaginal, o procedimento anestésico será indicado pelo médico assistente ou por solicitação da paciente.
- O retorno às atividades rotineiras deve ser estabelecido pelo cirurgião ou médico assistente. As complicações/intercorrências anestésicas estão relacionadas diretamente à técnica escolhida pelo médico anestesista. Você poderá e deverá perguntar sobre a técnica escolhida no seu caso.
- Riscos inerentes ao procedimento anestésico/sedação:
  - Poderão ocorrer hipotensão arterial, hipotonia/atonia uterina, sangramento, necessidade de hemotransfusão, choque hemorrágico, infecção local, alteração dos batimentos cardíacos-fetais, falha no bloqueio, alteração da frequência cardíaca.
  - Poderão ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmo, sangramento nasal, oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (intubação oro nasotraqueal).
  - Poderão ocorrer dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios durante a recuperação anestésica.
  - Poderão ocorrer ações inesperadas as drogas e/ou técnicas anestésicas, podendo inclusive evoluir a óbito.
  - Poderão ocorrer dor nos locais de punção de veias e/ou artérias e flebites, devido aos materiais e medicamentos utilizados.
  - Poderão ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pelos.
  - Poderão ocorrer 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.
  - Poderão haver transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complicações.
- O tabagismo, uso de álcool ou de drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestesias/sedação, podem determinar a incidência de mais complicações.
- Durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente podem necessitar de procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados
- O médico assistente e toda a sua equipe se obrigam a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte atingir o fim desejado, porém não certo.

Declaro que fui informado(a) que serei submetido(a) ao procedimento de anestesia e/ou sedação proposto e especificação acima e que os seus benefícios, risco e complicações potenciais me foram claramente esclarecidos. Tive a oportunidade de fazer perguntas, para as quais obtive respostas claras e satisfatórias.

Declaro, ainda, que nada omiti em relação a minha saúde (medicamentos utilizados, história prévia de alergias, doenças, cirurgias e anestesia anteriores, etc). Informo que tenho ciência de que procedimentos caracterizados como urgência/ emergência que venham a correr em decorrência de complicações do procedimento cirúrgico/ anestésico ao qual serei submetido(a) deverão ser realizados a critério médico e sua realização está, desde já, autorizada.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Sendo assim, declaro que estou satisfeito(a) com as informações recebidas, que compreendo os riscos do procedimento acima descrito e que nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____, às ___ horas e ___ minutos.

_____
Paciente ou Representante ou Responsável

_____
Médico Anestesista
(carimbo e assinatura)

TESTEMUNHA:_____

Revogação deste consentimento: ___/___/___, às ___horas e ___minutos . _____ Assinatura do paciente ou responsável