



TERMO DE  
CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO PARA  
**ANESTESIA, SEDAÇÃO  
E BLOQUEIO**

(Preencher quando não houver etiqueta)

Paciente: .....

Registro: ..... Idade: .....

Convênio: .....

Internação: ...../...../..... Apto/Leito: ...../.....

**Definição:** O procedimento anestésico consiste na alteração de algumas funções de nosso organismo induzida por diversos medicamentos, com objetivo de permitir a realização de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos, reduzindo ou eliminando a dor e outras respostas indesejadas.

Declaro que:

1. Estou ciente que a anestesia pode ser realizada em qualquer procedimento cirúrgico, invasivo ou de diagnóstico em que haja dor ou incômodo para o paciente desde que os benefícios superem os riscos de realizar a anestesia. Também estou ciente que a anestesia é indicada quando ocorre impossibilidade de realizar o procedimento pela não colaboração do paciente, como crianças, idosos, entre outros.
2. Estou ciente de que para realizar o procedimento anestésico/sedação ou bloqueio será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista. As alternativas de procedimento anestésico/sedação ou bloqueio indicados para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações foram explicadas satisfatoriamente.
3. Recebi esclarecimento 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 também fui esclarecido que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
4. Recebi informação que as técnicas comumente realizadas nesta unidade hospitalar são as seguintes:

**Sedação:** A sedação permite que determinadas cirurgias ou exames sejam realizados confortavelmente pelo paciente, tendo como um dos objetivos a redução da ansiedade. Nesta técnica anestésica utiliza-se medicamentos que podem ser aplicados por via venosa ou inalatória, que geralmente induzem o sono.

**Anestesia Geral:** A anestesia geral consta de hipnose, analgesia e imobilidade por meio da administração de medicamentos na veia (anestesia geral venosa) ou através da inalação de gases anestésicos (anestesia geral inalatória). Nesta técnica, o paciente contará com o auxílio respiratório de cânulas, máscaras especiais (máscaras faciais ou máscaras laríngeas), tubos traqueais (sondas que são passadas dentro da traqueia) para manter sua ventilação.

**Bloqueios Espinhais:** Os bloqueios espinhais consistem na raquianestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas). 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 periféricos:** Trata-se da aplicação de anestésico em nervos ou grupos de nervos específicos, com o objetivo de anestésiar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé e etc).

**Acompanhamento anestésico:** Algumas vezes a situação do paciente inspira cuidados ininterruptos. Nesses casos, um anesthesiologista fica responsável por acompanhar ou supervisionar o transporte e a realização de um procedimento quando indicado.

**Procedimentos auxiliares:** Dependendo da complexidade do procedimento proposto ou da condição clínica do paciente, procedimentos auxiliares podem ser necessários para a realização da anestesia, como por exemplo: cateterização arterial, cateterismo vesical, acesso venoso central, instalação de termômetro esofágico, monitoração da pressão pulmonar, ecocardiografia trans-esofágica, etc.

**Terapia da Dor:** Conforme o potencial de dor pós-operatória, o anesthesiologista pode optar pela instalação de uma bomba de infusão de analgésicos, seja por via venosa ou via peridural, ou mesmo instalar um catéter para infusão de medicamentos próximo a nervos periféricos (como na coxa, por exemplo).

**Analgesia:** É realizada no pós-operatório para controle da dor de forma personalizada de acordo com o procedimento cirúrgico, sendo tratada com medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios ou opióides dependendo do grau de intensidade e frequência da dor.

5. Recebi informação que 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.

(a) Nos casos de anestesia regional (raquianestesia / peridural ou anestesia combinada) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou no local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações de sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas. Menos frequentemente poderá ocorrer: infecção, lesão nervosa, falha parcial ou total da técnica, intoxicação pelo anestésico e parada cardiorrespiratória.

(b) Nas hipóteses de anestesia geral ou sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória, rouquidão, náuseas e vômitos, dor de garganta, acidente vascular cerebral, arritmia cardíaca, aspiração do conteúdo gástrico, infarto, comprometimento visual, hipóxia e parada cardiorrespiratória.

(c) Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, hematomas, infiltrações de medicamentos por via subcutânea, úlcera de córnea, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

6. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre o meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

7. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

8. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização da anestesia, sedação ou bloqueio. Afirmo ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

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

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_ (obrigatório nos casos de representação)

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELA EQUIPE MÉDICA

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

#### TESTEMUNHAS

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

CPF/DRT: \_\_\_\_\_ CPF/DRT: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

#### REVOGAÇÃO

(Ato pelo qual se retira a eficiência, a validade de ato anterior.)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

\_\_\_\_\_  
Paciente ou Representante Legal