

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ANESTESIA E/OU SEDAÇÃO

Eu, _____,
inscrita no CPF/MF sob o nº _____ declaro que fui informado(a) sobre os cuidados necessários para o ato anestésico e/ou sedação durante o procedimento _____, incluindo jejum e uso ou suspensão de medicamentos, sob minha responsabilidade.

Fui esclarecido(a) sobre os tipos de anestesia/sedação e possíveis complicações:

Sedação / Anestesia geral: fratura dentária, dor de garganta, náuseas, vômitos, lesão ocular, consciência intraoperatória, aspiração, arritmias, reações alérgicas, parada cardíaca, infarto, perda visual, falta de oxigenação cerebral e óbito. A sedação pode evoluir para anestesia geral, caso necessário para a segurança do procedimento

Anestesia regional (bloqueios): dor de cabeça pós-punção, infecção, lesão nervosa, falha da técnica, intoxicação, parada respiratória/cardiorrespiratória e óbito.

O médico anesthesiologista compromete-se a tratar complicações e utilizar todos os recursos disponíveis. Após a anestesia, permanecerá em Sala de Recuperação (ou UTI, se necessário) até recuperação e alívio de sintomas, que podem incluir sonolência, frio, tremores, dor, náuseas, vômitos, coceira ou dificuldade para movimentar membros (em bloqueios).

Declaro que recebi esclarecimentos sobre analgesia pós-operatória e tirei minhas dúvidas, bem como informei corretamente meu estado de saúde e hábitos. Declaro estar ciente de que o anesthesiologista exerce “atividade de meio”, buscando o melhor resultado possível. Autorizo mudança da técnica se necessário for, conforme avaliação médica. Fui esclarecido de que o profissional que realizou minha avaliação pré-anestésica pode não ser o mesmo que realizará o procedimento. Após orientação, autorizo a realização do procedimento anestésico proposto.

Curitiba, ____/____/20____. Hora: ____:____.

Nome legível do paciente: _____

CPF/MF: _____

Assinatura do paciente

Nome legível do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

CPF/MF: _____

Assinatura do responsável

() Paciente sem condições cognitivas, sem responsável presente, procedimento de urgência/emergência.

Médico: Declaro que, dentro das possibilidades e das funções de compreensão apresentadas pela paciente, expliquei riscos, benefícios e alternativas, e que o(a) paciente compreendeu.

Carimbo e assinatura do(a) médico(a)