

## **TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO PÓS-INFORMAÇÃO DECISÃO E ORDEM ANTECIPADA DE TRATAMENTO E CUIDADOS MÉDICOS**

Leia atentamente o seu Boletim de Informação sobre Anestesia e, caso tenha dúvidas, contate com o seu anesthesiologista o mais breve possível.

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal eu \_\_\_\_\_ por este termo autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, CREMESC \_\_\_\_\_ e todos os demais profissionais vinculados a minha assistência, a realizar os procedimentos anestésicos necessários para a realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, conseqüências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco de vida.

#### **4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:**

- Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (entubação oro nasotraqueal);
- Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares; dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, durante a recuperação anestésica;
- Poderá ocorrer sede, devido ao de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos;
- Poderá ocorrer dor, hematomas (manchas rochas) e flebites, nos locais de punções de veias e/ou artérias, devido aos materiais e medicamentos utilizados;
- Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pêlos;
- Poderá 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 tempo indeterminado e, mesmo raro, poderão ser permanentes;
- Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos.

5. Aceito o fato que o tabagismo, o uso do álcool ou de drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima;

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto estou ciente e autorizo o médico anesthesiologista, bem como os seus assistentes ou os seus designados a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições.

7. Entendo que o médico anesthesiologista e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos anesthesiológicos propostos.

8. Reconheço que o ato anestésico é um procedimento médico distinto do ato cirúrgico, e que o médico anesthesiologista tem seus honorários à parte da equipe cirúrgica, sendo que mesmo em caso de insucesso da cirurgia, o ato anestésico foi realizado, devendo, pois, o médico anesthesiologista ser devidamente remunerado pelo seu trabalho.

9. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.

10. Autorizo o registro (em prontuário médico e/ou computador e/ou som, etc.) dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta sendo que todas as informações serão mantidas em estrito sigilo e divulgadas apenas àquelas que necessitam ou têm direito legal às mesmas.

### **AUTORIZAÇÃO**

Entendo que os meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observadas e, embora sendo sabedor(a) de que os procedimentos aos quais me submeterei além de serem de risco, poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização.

---

**PACIENTE**

---

**TESTEMUNHA**

---

**TESTEMUNHA**

Florianópolis, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_