

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
UNIDADE DE ANESTESIOLOGIA E MEDICINA PERIOPERATÓRIA (UAMP)
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE MEDICINA E ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO (AMME-HRG)

TERMO de ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA e CONSENTIMENTO para ANESTESIA, SEDAÇÃO ou ACOMPANHAMENTO do ANESTESIOLOGISTA

NOME DO PACIENTE:

TELEFONE(S)

DATA DE NASCIMENTO:

RG DO PACIENTE:

SEXO: () MASC () FEMIN

DECLARO QUE:

1) INFORMEI ao médico (a) Anestesiologista meu (ou da pessoa sob minha responsabilidade) completo histórico médico e anestésico pregressos, bem como alergias e particularidades de minha (ou da pessoa sob minha responsabilidade) condição clínica;

2) FUI INFORMADO(a) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento a que serei submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso;

3) FUI INFORMADO (a) sobre o que são procedimentos anestésicos, seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações;

4) FUI INFORMADO (a) de que a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do Anestesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da (o) paciente ou de seu responsável legal;

5) FUI INFORMADO (a) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de riscos, intercorrências ou complicações:

a) nos casos de Anestesia Regional (Raqui-anestesia/ Peridural ou Anestesia Combinada raqui- peri) 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 da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas;

b) nas situações de Anestesia Geral e 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 ou rouquidão;

6) FUI INFORMADO(a) de que em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros;

7) FUI, OU AINDA, pelo paciente pelo qual sou responsável, devidamente esclarecido (a) sobre o procedimento anestésico proposto;

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com as quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.

Diante das informações recebidas autorizo que seja executado em mim - ou na (o) paciente pela (o) qual sou responsável - o procedimento anestésico acima referido pelo médico infra - assinado ou por qualquer outro profissional Anestesiologista cadastrado no Hospital Regional do Gama. Autorizo também a mudança da técnica anestésica inicialmente proposta frente a situações imprevistas ou complicações que possam ocorrer durante meu procedimento, os quais necessitem de abordagem diferente daquela inicialmente proposta.

Assinatura do Paciente: _____ Nome do responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____ RG do responsável: _____

A ÁREA ABAIXO É PARA SER PREENCHIDA PELO MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

Nº DE PASSAGEM DO PACIENTE:

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTA PELA EQUIPE CIRÚRGICA:

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO PROPOSTO A SER REALIZADO: _____

ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL PELA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Declaro que durante a Consulta Pré-anestésica expliquei ao paciente (ou a seu responsável) o procedimento anestésico a ser realizado, informando detalhadamente sobre benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações. Todas as dúvidas foram esclarecidas, estando seguro de que a (o) paciente (ou seu responsável) está adequadamente informada (o) e esclarecida (o) para submeter-se ao procedimento anestésico proposto.

MÉDICO/CRM/ASSINATURA/CARIMBO: _____ **Data:** _____

A qualidade de nossos serviços depende muito de avaliações. A sua contribuição, com críticas e sugestões, será muito bem vinda, podendo ser feita nos nossos canais de **Ouvidoria**. Participe! Obrigado!