

O(A) paciente _____ data de nascimento ____/____/____,

ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização **aos anestesistas credenciados pelo Hospital Dona Helena**, a realização da seguinte técnica anestésica: _____

_____ necessária para a ideal condução do procedimento/ato

anestésico proposto: _____

A técnica, aqui sugerida, é a utilizada na maioria das pessoas para o procedimento / ato cirúrgico proposto. Ao critério do anestesista que for realizar a técnica e levando em conta as condições apresentadas no momento da realização da mesma, poderá haver necessidade de alteração e/ou complementação da técnica.

SEDAÇÃO: utilização de medicamentos que levam a um estado de tranquilidade, podendo variar sua intensidade em leve, moderada ou profunda. O grau de intensidade pode variar de acordo com a sensibilidade do paciente, o tipo de medicamento e a quantidade utilizada. Na sedação leve, o paciente poderá ficar acordado ou dormindo, porém, facilmente despertado. Nas sedações moderadas / profundas, o paciente ficará dormindo e poderá haver necessidade de intervenção do anestesista, visando a manutenção dos sinais vitais dentro da normalidade.

As intercorrências possíveis, porém, não exclusivas, são: diminuição da pressão arterial, enjoos, vômitos, demora em despertar, sonolência, queda na saturação de Oxigênio no sangue e reações alérgicas de menor ou maior gravidade. Em alguns casos poderá haver necessidade de utilização de dispositivos para manutenção da respiração em condições adequadas. Algumas das intercorrências listadas podem levar ao óbito.

ANESTESIA GERAL: poderá ser iniciada com a utilização de máscara facial para inalação do anestésico, a mais comumente utilizada em crianças, ou através da injeção de anestésico na veia, utilizada com maior frequência nos adultos. O paciente dormirá durante todo o tempo necessário para realização do procedimento. Suas funções vitais serão monitoradas através de monitores específicos e com auxílio da enfermagem e controladas pelo anestesista. Poderá haver necessidade de utilização de recursos humanos adicionais, tais como: ventilação mecânica, punção venosa central, punção arterial, sondagem vesical, transfusão de sangue, internação em UTI, dentre outros.

As intercorrências possíveis, porém, não exclusivas, são: alterações da pressão arterial, dos batimentos cardíacos, queda da concentração de Oxigênio no sangue, dificuldade de manutenção da ventilação, alterações pulmonares, lesões por compressão na pele, lesões na cavidade oral, dor na garganta, tosse, enjoos, vômitos, tontura, retenção urinária e reações alérgicas desde leve à severas.

Intercorrências raras, porém, de maior gravidade são: hipertermia maligna, reação ao látex e choque anafilático. Algumas das intercorrências listadas podem levar ao óbito.

ANESTESIA REGIONAL OU PARCIAL: será realizada uma anestesia na região que sofrerá intervenção. As mais comuns são a raquianestesia, anestesia peridural e o bloqueio do plexo braquial. O paciente poderá ficar acordado ou sedado. Existe a possibilidade de falhas na anestesia regional, podendo ser necessário a realização de anestesia geral complementar.

As intercorrências possíveis, porém, não exclusivas são: alterações da pressão arterial, dos batimentos cardíacos, enjoos, vômitos, dificuldade para respirar, falha parcial da anestesia, retenção urinária, coceira no corpo, dor de cabeça pós-punção raquidiana e reações alérgicas desde leve à severas.

Intercorrências raras, porém, de maior gravidade são o choque anafilático, reação ao látex e anestesia raquidiana total. Algumas das intercorrências listadas podem levar ao óbito.

ANESTESIA COMBINADA: utilização de anestesia geral associada com anestesia regional. Esta associação visa a oferecer uma melhor analgesia para o pós-operatório em alguns procedimentos específicos.

Durante a consulta pré-anestésica fui informado (a) também que para a realização dos procedimentos anestésicos citados acima, o anestesista utiliza equipamentos (aparelhos) os quais podem apresentar falhas e técnicas anestésicas e medicamentos os quais podem apresentar reações inesperadas, que podem variar de intensidade, reações alérgicas e até mesmo choque anafilático com suas consequências.

Fui informado também que no pós-operatório poderei sentir dor, a qual será monitorada e que além do tratamento pelo médico responsável, poderá ser solicitado a participação do Serviço de Anestesiologia.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos a qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a realização da seguinte técnica anestésica tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o(a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), _____ de _____ de _____. Hora: _____ :

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), _____ de _____ de _____. Hora: _____ :

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.