

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: ANESTESIA GERAL, necessária para a ideal condução do PROCEDIMENTO CIRURGICO ou EXAME proposto.

A técnica, aqui sugerida, é a utilizada na maioria das pessoas para o procedimento cirúrgico ou exame proposto. Ao critério do anestesiologista 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.

#### **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 a realização do procedimento. Suas funções vitais serão monitoradas através de monitores específicos e com auxílio de enfermagem e controladas pelo anestesiologista. Poderá haver necessidade de utilização de recursos adicionais, tais como: ventilação mecânica, punção venosa central, punção arterial, sondagem vesical, internação em UTI, uso de dispositivo de analgesia controlada pelo paciente, cateter epidural contínuo, dentre outros.

As propostas do procedimento anestésico que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção, sangramento, falta de ar, queda de oxigenação no sangue, queda ou aumento excessivo da pressão arterial, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, vermelhidão em partes do corpo, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e perda de vida. 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.

Durante a consulta pré-anestésica fui devidamente orientada das possíveis intercorrências e riscos relacionados ao emprego de medicamentos e métodos anestésicos, e não omiti informações relacionadas ao meu estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar no ato anestésico cirúrgico.

Fui devidamente orientado(a) sobre os cuidados na recuperação pós-anestésica, incluindo a permanência na Sala de Recuperação Pós-Anestésica até a liberação segura, bem como sobre as medidas que serão adotadas para o controle da dor no período pós-operatório imediato.

Confirmei que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada à oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o 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 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 \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

Assinatura do(a) paciente

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

RG Nº

RG Nº

NOME

NOME

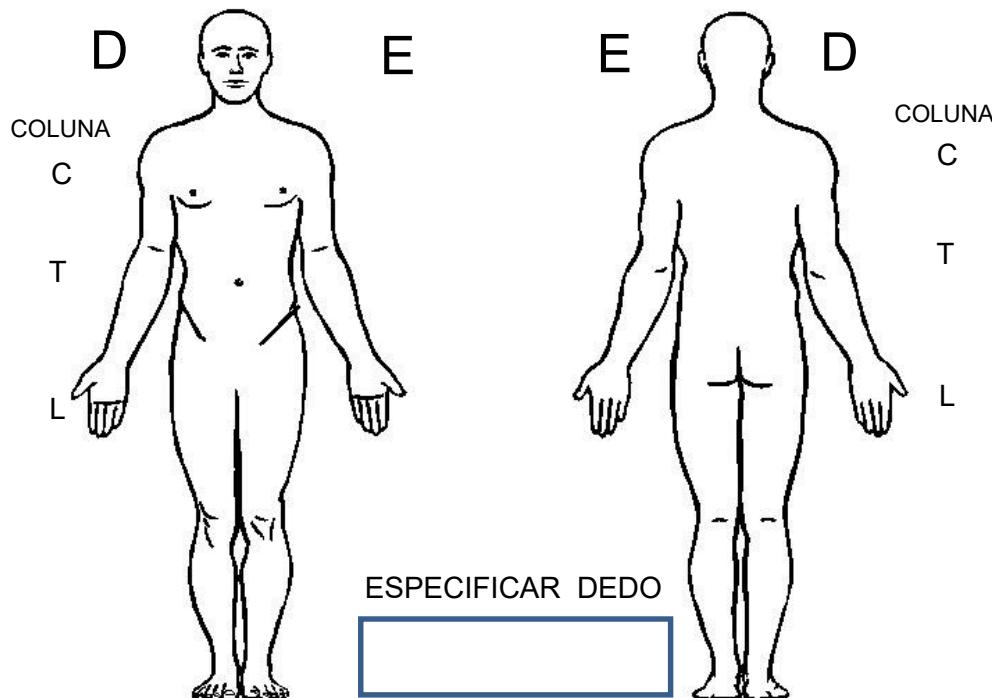
Joinville (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

**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.**

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 ao(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/SC sob o n.º \_\_\_\_\_ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



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 N°

RG N°

NOME

NOME

Joinville (SC), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_