

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Tipo da anestesia: () Geral () Regional () Combinado () Infiltrativa () Sedação pura () Outro _____.

Procedimento proposto: _____

A anestesia será realizada por profissional médico especialista, o (a) anestesiologista, que escolherá a melhor técnica anestésica para o meu caso, considerando minha condição clínica, o tipo de procedimento e os protocolos médicos vigentes.

Fui devidamente informado(a) sobre a natureza do procedimento anestésico, seus objetivos, benefícios e principais riscos associados, que variam conforme o tipo de anestesia empregada. Entre os possíveis riscos e complicações estão: reações alérgicas e anafiláticas (algumas potencialmente graves), náuseas, vômitos, dor de cabeça, tremores, sonolência, confusão mental temporária, queda da pressão arterial, dor no local da punção, reações tóxicas a medicamentos, alterações neurológicas ou motoras transitórias, e em casos raros, complicações respiratórias, cardiovasculares, infecções, lesões dentárias ou nervosas.

Entendo que tais eventos são pouco frequentes e que, quando ocorrem, são prontamente tratados pela equipe médica conforme os protocolos institucionais.

Também comprehendo que, em situações específicas, podem ocorrer complicações mais graves, como aspiração de conteúdo gástrico, parada respiratória, reações adversas graves a medicamentos ou necessidade de ventilação mecânica e cuidados intensivos. Fui informado(a) de que essas situações são raras e imprevisíveis, e que medidas preventivas são sempre adotadas para reduzir os riscos.

Durante o período de recuperação pós-anestésica, podem ocorrer efeitos colaterais comuns e geralmente transitórios, como sonolência, tontura, tremores, náuseas, vômitos, dor ou desconforto no local da punção, confusão mental leve e sensação de frio. Em alguns casos, pode haver dor muscular, irritação na garganta (em anestesias gerais com intubação) e queda temporária da pressão arterial.

Esses sintomas costumam se resolver espontaneamente ou com tratamento simples, sob supervisão da equipe médica na sala de recuperação.

Estou ciente de que, em caso de complicações, poderão ser necessários procedimentos adicionais, inclusive transfusão sanguínea, a qual desde já autorizo. Autorizo também a realização de outros procedimentos, exames ou tratamentos, caso ocorram situações imprevistas durante o ato anestésico, que demandem cuidados especializados diferentes dos inicialmente planejados, com o objetivo de preservar minha saúde e vida.

Compreendo também que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico e que, por isso, confirmo que repassei ao médico anestesiologista todas as informações sobre minhas condições físicas e psicológicas, para que os dados relevantes fossem registrados, e assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido.

Confirmo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e compreendo que o médico anestesiologista somente se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade.

Declaro, por fim, que após ler e compreender todas as informações acima, consinto livre e esclarecidamente com a realização do procedimento anestésico proposto.

Guanhães/MG, ____/____/____

Assinatura Paciente/Responsável

Assinatura Médico (nome + CRM)

