

**DEVE SER LIDO E PREECHIDO PELO PACIENTE / RESPONSÁVEL NA ADMISSÃO****Identificação do paciente:**Nome: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Data de Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_**ESPAÇO PARA ETIQUETA DO PACIENTE****Identificação do Responsável (No caso de impossibilidade de o paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal):**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_/\_\_/\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

1. Estou ciente do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicados claramente pelo médico anestesista. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados pelo médico. Toda intervenção anestésica, independentemente de sua complexidade, envolve riscos e possíveis complicações. Entre elas, destacam-se: náusea, vômito, dor, lesão dentária, reações alérgicas, dor de cabeça, consciência intraoperatória, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, infarto, aspiração de conteúdo gástrico, perda visual, lesão nervosa, intoxicação pelo anestésico, falha parcial ou total da técnica, infecções, hipotermia, prurido, baixa oxigenação. Existe ainda o risco, embora excepcional, de parada cardíaca e óbito. Ressalta-se que todas as medidas de segurança e protocolos assistenciais são rigorosamente seguidas para reduzir tais riscos, mas nenhuma anestesia é isenta de possíveis intercorrências.

2. Também fui informado(a) que os métodos, técnicas e fármacos usados serão indicados pelo médico anestesista responsável. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Compreendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, pois que a medicina não é ciência exata, e que eventualmente os organismos podem apresentar variações individuais ou responder de forma diferente da esperada.

3. Estou ciente que o procedimento ao qual serei submetido poderá se realizar na ocorrência de uma pandemia e/ou endemia. Isto implica em riscos de infecção no período perioperatório, mesmo diante de todos os protocolos institucionais preventivos adotados pelo hospital. Declaro que estou ciente dos riscos informados, estou de acordo com a realização do procedimento anestésico e me comprometo a cumprir as orientações e normas de segurança para minimizar o risco de contaminação.

4. Autorizo a equipe médica a realizar a modificação da técnica anestésica e/ou qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Autorizo a equipe médica a realizar a coleta de sangue para pesquisas de HIV ou outras doenças para casos de acidente com perfuro cortante.

6. Estou ciente de que devo comunicar ao médico anesthesiologista eventuais doenças ou alergias que eu conheça ter, medicações que eu faça uso habitual, assim como qualquer dificuldade prévia que eu tenha apresentado em procedimentos anestésicos ou cirúrgicos anteriores.

7. **Concordo em receber sangue e/ou hemoderivados conforme a indicação médica. Em caso de necessidade ou de risco de morte desde já autorizo a equipe médica a realizar transfusões. ( ) Sim ( ) Não**

8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os termos descritos e que me foi oportunizado anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, podendo, inclusive, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize, mediante solicitação por escrito.

9. Declaro que fui informado em linguagem clara e inteligível, pelo anestesista abaixo identificado, a realizar na minha pessoa sobre o Termo de Consentimento Anestésico para execução a realização da anestesia no paciente acima identificado, anestesia/sedação apropriada à condição do procedimento diagnóstico ou terapêutico proposto, através da(s) seguinte(s) técnica(s) (s):

( ) Raquimedular ( ) Sedação ( ) Peridural ( ) Bloqueios diversos  
( ) Anestesia geral ( ) Anestesia combinada ( ) Analgesia de parto

Observação: \_\_\_\_\_

Esta autorização é dada ao médico (a) bem como ao (s) seus (s) assistente (s) e/ou outro (s) profissionais por ele selecionado (s) a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional quanto a necessidade de coparticipação.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ANESTESISTA APÓS EXPLICAÇÃO E ASSINATURA DO TERMO AO PACIENTE**

Realizado explicação de todo procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

\_\_\_\_\_  
Carimbo / Assinatura / CRM do anestesista