 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA OU SEDAÇÃO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF ou RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
MÉDICO ANESTESISTA:
CRM DO ANESTESISTA:

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Está ciente quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual será submetido.

2. AUTORIZA o médico anestesista acima identificado, ou outro colega médico da mesma equipe, credenciado pelo hospital, a realizar o seguinte ato anestésico:

- Anestesia Geral
- Raquianestesia
- Peridural
- outra Anestesia Regional _____
- Sedação
- Acompanhamento do Anestesiologista
- Bloqueio de plexo braquial


Para fins de realização da cirurgia/procedimento (nome do ato médico principal): _____

3. Está ciente sobre os benefícios da técnica anestésica escolhida e as alternativas, as quais foram comigo discutidas previamente. Declaro que estou ciente que, autorizando a realização do procedimento anestésico ou de sedação, estou assumindo os riscos inerentes deste ato.

4. Está ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos. Poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, podendo ainda ocasionar:

4.1. Nos casos de Anestesia Regional (Raquianestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

4.2. 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

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA OU SEDAÇÃO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

comprometimento da arcada dentária, restauração dentária, alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória, rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.

5. Está ciente 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.

6. Está ciente que a possibilidade de ocorrência de cada uma das complicações descritas acima é bastante variável e tenho consciência de que poderão ocorrer outros riscos ou complicações inesperados não discutidos ou incluídos neste documento. Entendo, no entanto, que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para o melhor resultado possível.

7. Está ciente que, por vezes, é necessário, para a segurança e conforto do paciente, mudar o método de anestesia planejada com base na situação clínica do paciente, pelo que, caso ocorra essa situação, expresso o meu consentimento para esta alteração, a ser feita conforme o julgamento do médico.

8. Prestei todas as informações relativas às minhas alterações na saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebidas alcoólicas ou drogas). Estou ciente que qualquer omissão de minha parte poderá trazer prejuízos e/ou comprometer o resultado do procedimento.


9. Fui esclarecido sobre o risco de choque anafilático, ou anafilaxia, que é considerada uma reação alérgica generalizada e aguda, que pode iniciar entre 1 e 2 horas após o contato com o alérgeno, evoluindo em minutos. Inicia com urticária, tosse, chiado, dificuldade para respirar, edema da glote, hipotensão severa e taquicardia. Se não tratada imediatamente, pode ser fatal. No caso de um choque anafilático durante uma cirurgia, estou ciente que a sala cirúrgica reúne os recursos adequados para tratar esse tipo de emergência.

10. Está ciente que a proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

11. Autoriza qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

12. Está ciente que não está descartada a possibilidade de contrair infecção hospitalar durante a internação mesmo existindo comissão interna de prevenção de infecção atuante e o hospital possua índice de infecção abaixo dos parâmetros de tolerância preconizados pelos órgãos de saúde. Há risco, inclusive, de morte por sepse.

13. Está ciente que todo ato médico trata-se de uma obrigação de meio, pelo que não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados e inesperados, bem como que todo ato médico ou cirúrgico, não importa qual, possui risco de ÓBITO, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA OU SEDAÇÃO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

14. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata, por isso não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia. Ainda, que a evolução do quadro de saúde pode variar caso a caso, porque depende de fatores do organismo de cada paciente.

15. Está ciente de que deve cumprir integralmente as orientações médicas que foram prescritas, e que deve buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, dor, abertura de pontos, dentre outros após a alta.

16. Fui cientificado de que devo evitar movimentos e esforços físicos pós-cirurgia ou pós-procedimento invasivo, e que a retomada das atividades cotidianas normais somente será possível quando houver expressa autorização médica para isso.

17. Está ciente que, consoante disposição do Código de Ética Médica, não pode o médico executar ato profissional sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de morte. Assim, se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, está desde já autorizada a adoção dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de morte apurado.

18. Está ciente que pode revogar este consentimento antes da execução do ato médico principal, de modo imotivado, bastando comunicar a equipe tempestivamente, sem que isso seja motivo para constrangimento ou impedimento para um futuro atendimento.

19. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo, inclusive seus termos técnicos, motivo pelo qual AUTORIZO a realização do procedimento anestésico ou de sedação prescrito, bem como o ato médico principal, assumindo os riscos inerentes.


Lajeado, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável pelo Paciente
Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: _____, CRM _____, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

Médico(a) – Assinatura

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA OU SEDAÇÃO	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Termo de Responsabilidade de Acompanhante do Paciente

Eu, _____ CPF/RG nº _____
responsabilizo-me por acompanhar o(a) paciente acima identificado(a) após o procedimento realizado no Hospital Bruno Born até a sua residência, adotando os cuidados necessários para que esse deslocamento seja feito com segurança.

Caso surja algum imprevisto ou identifique situação fora da normalidade, estou ciente que devo procurar atendimento médico para o paciente de modo imediato.

Lajeado, ____/____/____

Hora: ____:____

Telefone para contato: () _____

Assinatura: _____