

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), que autoriza este Hospital, por meio do(a) médico(a) anestesiológico(a) Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM nº _____, a realizar o procedimento anestésico indicado para viabilizar o procedimento _____, bem como quaisquer medidas anestesiológicas complementares que se mostrarem necessárias em razão de intercorrências ou situações não previsíveis durante o atendimento, podendo, para tanto, contar com o auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, ainda, que o(a) referido(a) médico(a), em observância aos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e ao artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, prestou informações claras, suficientes e acessíveis acerca da indicação da anestesia, da técnica proposta, dos riscos, benefícios, possíveis complicações, alternativas existentes e consequências da não realização do procedimento, encontrando-se plenamente esclarecido(a) para manifestar seu livre e informado consentimento.

DEFINIÇÃO

O procedimento anestésico consiste no conjunto de técnicas destinadas a impedir ou reduzir a percepção da dor e proporcionar condições adequadas para a realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, podendo ser realizado mediante anestesia geral, sedação, anestesia regional ou anestesia local, conforme avaliação médica individualizada.

As principais modalidades anestésicas compreendem:

- Anestesia Geral: promove inconsciência, ausência de dor e de percepção durante o procedimento.
- Sedação: consiste na administração de medicamentos que reduzem o nível de consciência em intensidade variável, podendo ser associada à anestesia local ou regional.
- Anestesia Regional: bloqueia temporariamente a sensibilidade e, eventualmente, os movimentos de determinada região do corpo, incluindo, entre outras técnicas, a raquianestesia e a anestesia peridural.
- Anestesia Local: consiste na infiltração de anestésico apenas na área do procedimento, normalmente utilizada em intervenções de pequeno porte.

A escolha da técnica anestésica será realizada exclusivamente pelo(a) médico(a) anestesiológico(a), considerando as condições clínicas do(a) paciente, o procedimento proposto e critérios técnicos e científicos.

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Os(as) médicos(as) responsáveis informaram, de forma clara, completa e compreensível, que:

- foram discutidas as modalidades anestésicas adequadas ao caso concreto;
- foram esclarecidas as vantagens, limitações e alternativas disponíveis;
- a técnica anestésica poderá ser modificada durante o procedimento, caso haja necessidade clínica ou intercorrência que justifique a alteração;
- poderão ser necessários procedimentos complementares para manutenção da segurança do(a) paciente, incluindo monitorização invasiva, acesso venoso central, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, transfusão sanguínea, reanimação cardiopulmonar, internação em unidade de terapia intensiva ou transferência para outro serviço de saúde, quando clinicamente indicado.

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos(as) profissionais envolvidos(as), e estou satisfeito(a) com as informações recebidas.

CIÊNCIA SOBRE BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS

Declaro que li, ou me foi lido, o conteúdo deste termo e compreendi que todo procedimento anestésico envolve riscos inerentes, mesmo quando executado de acordo com as melhores práticas médicas.

Fui informado(a) de que não existe anestesia isenta de riscos e que a medicina constitui obrigação de meio, não sendo possível garantir resultado específico.

Compreendi que poderão ocorrer, entre outras, as seguintes complicações e intercorrências:

Complicações frequentes ou menos graves:

- náuseas e vômitos;
- dor de garganta após intubação;
- rouquidão;
- dor de cabeça;
- dor lombar;
- dores musculares;
- tontura;
- sonolência;
- tremores;
- sensação de frio;
- sede decorrente do jejum ou do uso de medicamentos;
- dor, hematomas ou inflamação nos locais de punção venosa ou arterial;
- dificuldade temporária para urinar;
- alterações transitórias da sensibilidade.

Complicações relacionadas ao manejo das vias aéreas:

- lesões em dentes, próteses dentárias, lábios, língua ou mucosa oral;
- sangramento nasal ou oral;
- lesões de garganta;
- dificuldade ou impossibilidade de intubação;
- broncoaspiração.

Complicações neurológicas:

- formigamentos;
- dormências;
- fraqueza muscular temporária;
- bloqueios prolongados;
- cefaleia pós-punção;
- lesões neurológicas transitórias e, excepcionalmente, permanentes.

Complicações oftalmológicas:

- ressecamento ocular;
- ardência;
- lesões de córnea;
- deslocamento de lentes de contato;
- perda localizada de pelos.

Complicações respiratórias e cardiovasculares:

- alterações da pressão arterial;
- alterações da frequência cardíaca;
- reações alérgicas;
- insuficiência respiratória;
- parada cardiorrespiratória;
- necessidade de suporte intensivo.

Outras complicações:

- alterações transitórias da memória, atenção ou comportamento;
- ansiedade;
- confusão mental;
- reações psicológicas;
- eventos graves, embora raros, incluindo sequelas permanentes ou óbito.

Estou ciente de que doenças preexistentes, idade, obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas ou pulmonares, uso de medicamentos, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas ilícitas ou outras condições clínicas poderão aumentar significativamente os riscos anestésicos.

Reconheço, ainda, que durante o ato anestésico poderão surgir situações imprevisíveis que exijam mudança da técnica inicialmente planejada ou adoção de procedimentos adicionais, os quais desde

já autorizo quando considerados indispensáveis para preservação da minha vida ou integridade física.

DIREITO À INFORMAÇÃO E À REVOGAÇÃO

Fui informado(a) de que:

- Tenho direito de acesso aos documentos médicos e financeiros relativos ao procedimento;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o procedimento, sem prejuízo, penalidade ou perda de direitos assistenciais.

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o procedimento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o procedimento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o procedimento médico realizado.

Este documento não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis, mas apenas os mais frequentes, podendo, eventualmente serem relatados outros efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.

DECLARA que:

- recebi todas as informações necessárias para compreender o procedimento anestésico;
- tive oportunidade de formular perguntas, todas respondidas satisfatoriamente;
- compreendi que não existe garantia de cura, de resultado ou de ausência de complicações;
- compreendi que a evolução clínica poderá exigir alteração da técnica anestésica inicialmente proposta ou a adoção de medidas adicionais para preservação da vida e da saúde;
- autorizo o(a) médico(a) anestesiológico(a) e sua equipe a adotarem todas as medidas técnicas consideradas necessárias diante de situações imprevisíveis ou de emergência;
- expressei meu consentimento livre, esclarecido e consciente para a realização do procedimento anestésico.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Anestesiologista

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____