

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TIPO DE ANESTESIA: GERAL

NOME DO(A) PACIENTE:

Data do Procedimento:

Cirurgião(ã):

Quem está autorizado a receber informações confidenciais sobre o(a) paciente?

Nome: _____

OBJETIVOS:

Este documento foi criado para ajudá-lo(a) a entender o tipo de anestesia que será utilizado em você, seus riscos, benefícios e alternativas disponíveis. Leia atentamente as informações abaixo, pois elas garantem seu direito de acesso à informação de forma clara e objetiva, permitindo que você decida livremente sobre a realização do procedimento anestésico inicialmente proposto, bem como outros excepcionalmente necessários em casos de urgência/emergência.

INFORMAÇÕES SOBRE A SEDAÇÃO:

A anestesia GERAL é uma modalidade anestésica capaz de deixar o paciente totalmente inconsciente e sem sensibilidade a dor. A GERAL pode ser aplicada de 3 formas: **a) respiratória** - o paciente respira gases anestésicos por meio de uma máscara e aos poucos vai ficando inconsciente; **b) venosa (veias)** - medicamentos anestésicos são injetados na corrente sanguínea, sendo o efeito praticamente imediato; **c) balanceada** - Esta técnica combina o uso dos dois tipos anteriores, respiratória e venosa. O tempo de duração da anestesia geral será o tempo necessário para a realização da cirurgia ou exame. Durante todo o tempo em que o paciente estiver sob efeito da anestesia geral, a manutenção dos seus sinais vitais (respiração, frequência cardíaca, pressão, inconsciência, entre outros) serão controlados pelo médico anestesista, através de equipamentos e medicações adequadas.

A anestesia GERAL pode ser utilizada em qualquer procedimento, seja ele cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico. Ademais, costuma ser o tipo anestésico indicado para cirurgias de grande porte, demoradas ou quando a parte do corpo a ser operada fica acima do umbigo.

ANESTESIAS ALTERNATIVAS:

Para a escolha da anestesia a ser aplicada, sempre será considerada a complexidade do procedimento cirúrgico ou exame, o tempo de duração, os resultados de exames laboratoriais ou histórico repassado pelo médico assistente ao anestesista, bem como as condições clínicas do (a) paciente.

Na hipótese de o paciente não querer ser submetido à GERAL, tal negativa deverá ser imediatamente informada ao(à) médico(a) anestesista, para que um novo plano anestésico seja traçado, desde que possível e igualmente seguro.

ESCLARECIMENTOS E RISCOS MAIS FREQUENTES DA ANESTESIA GERAL:

A anestesia poderá ser aplicada por qualquer médico(a) anestesista integrante da equipe DOMUS.

- 1. Em relação à saúde do paciente:** Não existe anestesia sem risco. Toda anestesia envolve algum tipo de risco à saúde e à vida. Este risco pode variar conforme: o tipo e o tempo de cirurgia; condições de saúde pré-cirúrgicas do paciente; pré-disposições hereditárias (de nascença); o fumo, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, álcool e o uso de substâncias e medicamentos não informados ao (à) médico (a) podem desencadear complicações durante e após o ato anestésico, aumentando o seu risco. Eventualmente o estresse da cirurgia pode causar piora de doença pré-existente, mesmo que o paciente ainda não tenha conhecimento

de ter essa doença. A decisão voluntária de submeter-se à anestesia é feita considerando a possibilidade, ainda que remota, de ocorrerem complicações leves, moderadas ou graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como: tonturas, enjoos, vômito, dor de cabeça, dor na garganta, rouquidão, sonolência, inquietação, delírios, reações alérgicas e, mais raramente, embolias pulmonares (entupimento de uma artéria do pulmão geralmente causada por coágulo de sangue ou gordura), infartos, arritmias cardíacas (descontrole dos batimentos cardíacos), paradas cardíacas e respiratórias, derrames (rompimento de uma veia do cérebro), isquemias cerebrais (falta ou diminuição do fluxo de sangue em uma veia do cérebro, que pode ser causado por um coágulo de sangue ou gordura), aspiração do conteúdo líquido ou sólido do estômago para os pulmões, lesões cerebrais e **óbito** (morte). Complicações graves podem ser mais frequentes nos casos em que o paciente apresente condição de saúde debilitante ou em casos de urgência e emergência.

2. **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer reações alérgicas leves, moderadas ou severas aos medicamentos e/ou equipamentos utilizados em sala cirúrgica. Reações sistêmicas mais sérias, como anafilaxia ou broncoespasmo (**reação alérgica grave e de rápida progressão que pode provocar a morte**) podem ocorrer durante ou logo após o procedimento anestésico, sendo que, tais reações, variam de acordo com o paciente, sendo, por vezes, imprevisíveis e indetectáveis em exames. Qualquer história de reação alérgica deve ser informada ao (à) médico(a) anestesista.
3. **Do jejum:** Para que a anestesia **GERAL** possa ser aplicada, é fundamental que o(a) paciente esteja em jejum absoluto de, no mínimo, 8 h, salvo em casos de risco iminente de morte.
4. **Efeitos a curto prazo:** Tendo em vista sintomas comuns como sonolência e tontura temporária, é indispensável que a alta hospitalar ocorra na presença de acompanhante ou responsável legal, bem como, é recomendável ao paciente não dirigir ou manusear equipamentos perigosos pelo período de 8h após a alta ou conforme indicado pelo(a) médico(a) cirurgião(â).
5. **Problemas metabólicos:** A anestesia geral pode afetar o equilíbrio metabólico do corpo, resultando em complicações como hipertermia maligna (uma reação adversa grave a alguns tipos de anestesia) ou acidose metabólica (excesso de acidez no sangue).
6. **Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas.
7. **Não consumir** álcool ou tabaco por pelo menos 48 horas antes da anestesia/cirurgia ou conforme orientação do seu médico. O álcool e o tabaco podem prejudicar a resposta do corpo à anestesia e a cicatrização.
8. **Anestesia Geral Combinada Com Bloqueio Anestésico:** Trata-se da aplicação de medicamentos capazes de reduzir ou interromper temporariamente os impulsos sensoriais (como a dor e movimento) de uma região específica do corpo. Bloqueios anestésicos poderão ser aplicados conforme a necessidade observada pelo(a) médico(a) anestesista ou a pedido do(a) cirurgião(â), mas sempre com o objetivo de promover ao(à) paciente um alívio eficaz da dor durante e após o procedimento, sendo especialmente útil em procedimentos de maior porte ou complexidade, nos quais uma única técnica anestésica isolada pode não ser suficiente; em pacientes com muitas comorbidades; ou em situações em que se deseja analgesia prolongada no pós-operatório. Quando indicada aplicação, a anestesia combinada pode diminuir a necessidade de anestésicos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares durante os procedimentos cirúrgicos. **Os principais riscos dos bloqueios anestésicos são:** dor no local da injeção, manchas roxas na pele, em casos raros, reações alérgicas ao anestésico. Complicações mais graves, como lesões nervosas (dormência, fraqueza ou dor persistente no local ou no membro bloqueado) ou infecções, são raras, mas podem ocorrer. Complicações raríssimas, em especial quando o bloqueio for nas costas/coluna, também podem acontecer como: dor de cabeça intensa, formigamento nas costas, lesão de algum nervo e consequente dificuldade de locomoção temporária, paralisia

dos membros inferiores (pernas), hematoma espinhal (sangramento na espinha), aracnoidite adesiva (condição neurológica rara e grave caracterizada por uma inflamação crônica da membrana aracnoide - uma das três que envolvem o cérebro e a medula espinhal), síndrome da cauda equina (compressão das raízes nervosas localizadas no final da medula espinhal, na região lombar, que pode causar formigamento e fraqueza dos membros inferiores e mal funcionamento da bexiga e intestino por tempo indeterminado).

A critério do(a) anestesista ou do(a) cirurgião(ã), o procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico poderá ser suspenso ou interrompido se observados indícios de risco à vida do(a) paciente.

CONSENTIMENTO PARA A APLICAÇÃO DA ANESTESIA GERAL

Eu (paciente ou responsável), _____ **CPF** _____ autorizo a aplicação da **ANESTESIA GERAL**, a fim de viabilizar a realização do procedimento proposto pelo(a) médico(a) cirurgião(ã).

Autorizo, caso seja necessário, qualquer outro procedimento, incluindo a transfusão de sangue e hemoderivados. Havendo recusa à eventual transfusão sanguínea, esta, deverá ser feita por meio da apresentação de Diretiva Antecipada de Vontade (testamento vital) devidamente registrada em cartório, que será anexada ao prontuário ou, alternativamente, tal recusa será registrada de forma expressa (escrita), diante de 2 médicos e 2 testemunhas, cujo documento será assinado por todos os presentes no ato. Igualmente, autorizo a realização de exame, tratamento e/ou cirurgia, bem como **mudança no planejamento anestésico (podendo ser aplicado, inclusive, bloqueios anestésicos), em situações imprevistas (ou a pedido do cirurgião) que possam eventualmente ocorrer antes, durante ou depois da anestesia, e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos (anestesia geral)**.

Autorizo o registro através de fotografias, sons, imagens, etc. dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informações científicas; entendo e autorizo também que, nos casos de apresentações de caráter científico, minha identidade não será revelada; Desde já, se necessário, concordo com a realização de consultas virtuais de acompanhamento pós-procedimento anestésico, mesmo ciente das limitações diagnósticas de tal modalidade.

Estou ciente de que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por tempo indeterminado, eis que não existe um método de prever de maneira precisa o tempo e a capacidade de recuperação do corpo humano em cada paciente após qualquer intervenção cirurgia e/ou anestésica. Estou ciente, ainda, que tais limitações podem ser agravadas pela negativa de repouso ou pelas condições alheias ao ambiente hospitalar.

Fui cientificado (a) e autorizo a coleta e o tratamento de dados pessoais em decorrência da prestação do serviço médico contratado, podendo o (a) médico acessar, utilizar, manter, processar e arquivar, eletrônica e manualmente, as informações e os dados prestados por mim a fim de cumprir suas obrigações, jamais para qualquer outro propósito, nos moldes da Lei 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e demais ordenamentos jurídicos.

Comprometo-me, ainda, a informar todo histórico pessoal e familiar de doenças e o uso de qualquer medicamento (inclusive eventuais tratamentos realizados nos últimos 60 dias) e drogas ilícitas, bem como ingestão alcoólica, distúrbios psíquicos, possibilidade de gravidez, uso de medicamentos caseiros/naturais ou qualquer outra forma de cura ou alívio sob risco de comprometer o tratamento médico, aumentando seu risco.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada deste documento, comprehendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre o procedimento anestésico em questão e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e

satisfatória. Estou ciente que neste documento não foram citados todos os riscos e complicações que podem decorrer deste procedimento, o que não os tornam menos graves. Declaro estar plenamente ciente de que, em caso de surgimento de sintomas inesperados ou intensos, tais como dificuldade para respirar, dor intensa, alterações neurológicas (formigamento, desmaios, perda de força ou sensibilidade), febre, inchaço, sangramento anormal ou qualquer outro sinal de complicaçāo, devo buscar imediatamente atendimento médico de urgência ou emergência, bem como comunicar ao(à) médico(a) assistente/cirurgiāo(ã).

Por fim, declaro estar em pleno gozo das minhas faculdades mentais, podendo adquirir e exercer direitos.

Data da assinatura do termo, após atenciosa leitura: Porto Alegre, ____ de _____ de 2025.

Assinatura/Nome por extenso do (a) paciente

____ CPF: _____

Grau de Parentesco _____

Assinatura por extenso do (a) Responsável/Representante Legal