

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TIPO DE ANESTESIA: SUPORTE VITAL E/OU ACOMPANHAMENTO

NOME DA(O) PACIENTE: _____

Data do Procedimento: _____ Cirurgião(ã): _____

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

Nome: _____ **Contato:** _____

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 ANESTESIA PARA SUPORTE VITAL E/OU ACOMPANHAMENTO:

A anestesia para **supor te vital** tem por objetivo manter o paciente anestesiado, com sinais vitais como pressão, respiração, frequência cardíaca e oxigenação o mais estáveis possíveis, durante o procedimento cirúrgico, exame ou transferência entre unidades hospitalares. O suporte vital é realizado através da administração de medicamentos, bem como de aparelhos hospitalares indispensáveis para manter o (a) paciente vivo durante e/ou após a realização de um determinado procedimento. O suporte vital é indicado ao paciente cuja condição de saúde se encontra consideravelmente debilitada, com alto risco de morte, mas que a intervenção cirúrgica/diagnóstica/transferência a ser feita possui caráter de urgência ou de emergência. Nesta hipótese, o(a) paciente será mantido(a) em ventilação mecânica (respiração por aparelhos) até o final do procedimento ou, será então transferido(a) de volta à unidade hospitalar de origem.

A modalidade **acompanhamento**, por sua vez, caracteriza-se pelo apoio de um(a) médico(a) anestesista, ao paciente em condição de saúde debilitada, durante o procedimento a ser realizado pelo(a) cirurgião(ã). Nesta hipótese, o paciente permanecerá respirando ar ambiente, podendo ou não, receber o auxílio de oxigênio via cateter ou máscara, conforme a necessidade observada pelo anestesista.

Em ambas as hipóteses o(a) paciente será monitorado/assistido pelo(a) médico(a) anestesista, o(a) qual adotará, considerando as boas práticas médicas, a melhor modalidade anestésica aplicável ao caso concreto, tendo em vista a imprevisibilidade do corpo humano, principalmente quando em condições de saúde instáveis.

É importante ressaltar que a condição clínica do(a) paciente apresenta-se notoriamente fragilizada, com importantes comorbidades que, somadas à natureza urgente ou emergencial do procedimento proposto, elevam substancialmente o risco anestésico. Ainda que todas as medidas de segurança e monitoramento sejam rigorosamente adotadas, deve-se considerar a imprevisibilidade do corpo humano em tais circunstâncias, o que pode resultar em complicações graves e gravíssimas durante ou após o procedimento proposto pelo(a) cirurgião(ã), inclusive com desfechos desfavoráveis não desejados, mas possíveis, como a morte do(a) paciente.

ALTERNATIVAS ANESTÉSICAS:

Para a escolha da anestesia/ proposta anestésica a ser aplicada, sempre será considerada a complexidade do procedimento cirúrgico / exame, o tempo de duração do procedimento ou da

Em cumprimento ao Código de Ética Médica - Arts. 22 e 24 / Lei 8.078 de 11/09/1990 (CDC) - Art. 9º

Reprodução Proibida - Direitos Autorais Reservados à Autora.

transferência a ser feita, os resultados de exames laboratoriais ou histórico repassado pelo(a) médico(a) assistente ao(à) anestesista, bem como as condições clínicas do (a) paciente, em especial no momento do procedimento/ transferência.

Na hipótese de o(a) paciente ou familiar não concordar com o SUPORTE VITAL e/ou ACOMPANHAMENTO, tal negativa deverá ser imediatamente informada ao(à) médico(a) anestesista, para que um novo plano anestésico seja traçado, desde que possível.

ESCLARECIMENTOS E RISCOS MAIS FREQUENTES DO SUPORTE VITAL E/OU ACOMPANHAMENTO:

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

1. **Em relação à saúde global do paciente:** Não existe anestesia sem risco. Toda anestesia envolve algum tipo de risco à saúde e à vida. Este risco varia conforme: o tipo de cirurgia/exame e anestesia; tempo cirúrgico ou da transferência, condições clínicas pré-cirúrgicas do(a) 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 como as mencionadas, podem ser mais frequentes nos casos em que o(a) 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).
3. **Do jejum:** Para que o suporte vital ou acompanhamento possa ser realizado, é fundamental que o(a) paciente esteja em jejum absoluto de, no mínimo, 8 h, salvo em casos de risco iminente de morte.
4. **Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas.
5. **Efeitos a curto prazo (quando aplicável):** 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 mínimo de 8h após alta ou, conforme indicado pelo(a) médico(a) cirurgião(ã).

CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE SUPORTE VITAL E/OU ACOMPANHAMENTO

Eu (paciente ou responsável), _____ **CPF** _____ autorizo a aplicação da técnica Suporte Vital / Acompanhamento, a fim de viabilizar a realização do procedimento/transferência proposto(a) pelo(a) médico(a) cirurgião(ã)/requerente. Ainda, declaro estar ciente quanto a ocorrência de complicações leves, moderadas, graves e gravíssimas, o que inclui a possibilidade de falecimento do(a) paciente.

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 **mudanças no planejamento anestésico (podendo ser aplicada, inclusive, a anestesia geral), em situações imprevistas de urgência/emergência, que possam eventualmente ocorrer antes, durante ou depois da anestesia, e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.**

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 que ocorrerão limitações das minhas atividades cotidianas por período 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 cirúrgica 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 o 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 do exposto nas páginas deste documento, comprehendi o seu conteúdo, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas sobre a modalidade anestésica 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.

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