

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

NOME DA(O) PACIENTE: _____
Data do Procedimento: _____ Cirurgião(â): _____

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 O BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

O BLOQUEIO DE NERVO(S) PERIFÉRICO(S) é uma modalidade anestésica capaz de bloquear, temporariamente, a sensibilidade de uma determinada parte do corpo. O uso do bloqueio de nervos periféricos permite que a mensagem de dor provocada pela intervenção cirúrgica não seja enviada para o cérebro, pois com o uso do anestésico local essa transmissão é bloqueada. Tal técnica, permite reduzir a aplicação de outros analgésicos potentes, durante o procedimento cirúrgico e no pós-operatório.

Durante a cirurgia/exame o (a) paciente ficará consciente. Todavia, a fim de reduzir o desconforto e ansiedade, o médico (a) anestesista poderá aplicar a técnica SEDAÇÃO. Nesta hipótese, o paciente será induzido ao relaxamento através da redução do nível de consciência, porém, mantendo a respiração e a deglutição do paciente de forma espontânea, a fim de que procedimentos cirúrgicos e/ou exames sejam executados pelo(a) médico(a) cirurgião(â). A sedação pode ser realizada pela aplicação de medicamentos sedativos pela via oral, respiratória ou venosa (veias) e poderá ser de intensidade leve (relaxamento e controle da ansiedade), moderada (redução da consciência, com resposta a estímulos leves) ou profunda (situação mínima de consciência e uso de máscara de oxigênio, respondendo apenas a fortes estímulos).

Outras combinações anestésicas são possíveis e podem ser indicadas conforme as necessidades do(a) paciente e as características da cirurgia, como, por exemplo, a aplicação de anestesia GERAL, a qual deixará o (a) 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.

ANESTESIAS ALTERNATIVAS:

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

Na hipótese de o(a) paciente não querer ser submetido ao BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS, 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 NO BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

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 e anestesia; tempo cirúrgico, condições clínicas 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, sonolência, reações alérgicas e, mais raramente, lesão de algum nervo e consequente dificuldade de movimentação do membro, 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). Se aplicada anestesia geral, inclui-se os riscos de dor na garganta, rouquidão e lesões cerebrais. 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).
3. **Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas, quando aplicada sedação ou anestesia geral.
4. **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.

5. **Do jejum:** Para que o BLOQUEIO DE NERVOS PERFÉRICOS possa ser aplicado, é fundamental que o(a) paciente esteja em jejum absoluto de, no mínimo, 8 h.
6. **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 mínimo de 8h, após alta ou conforme indicado pelo(a) médico(a) cirurgião(ã).

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 REALIZAÇÃO DA ANESTESIA BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS

Eu (paciente ou responsável), _____ **CPF** _____ autorizo a aplicação da **ANESTESIA BLOQUEIO DE NERVOS PERIFÉRICOS**, a fim de viabilizar a realização 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 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 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 (quando cabível), uso de medicamentos caseiros/naturais ou qualquer outra forma de cura ou alívio sob risco de comprometer o tratamento médico, aumentando seu risco, e o resultado final.

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 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.

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