

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL COM OU SEM SEDAÇÃO

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 LOCAL:

Trata-se de anestesia indicada para procedimentos superficiais e/ou de pequeno porte, podendo ser aplicada na forma de gel, spray, pomada ou por infiltração de anestésico (injeção de medicamento na pele). A anestesia local apenas bloqueia a dor, porém, não retira a sensação de manuseio no local operado. A depender do tipo de procedimento, grau de ansiedade apresentada pelo paciente e havendo tempo suficiente de jejum, a anestesia local **poderá** ser associada à **sedação leve ou moderada**, a fim de reduzir o desconforto do ato cirúrgico ou exame a ser realizado. A sedação caracteriza-se pelo relaxamento através da redução dos níveis de consciência e poderá ser realizada pela aplicação de medicamentos sedativos pela via oral, respiratória ou venosa (veias).

ANESTESIAS ALTERNATIVAS:

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

Na hipótese de o paciente não querer ser submetido a anestesia local ou sedação, tal negativa deverá ser imediatamente informada ao médico anestesiolologista, para que um novo plano anestésico seja traçado, desde que possível e igualmente seguro, considerando o seu quadro de saúde geral.

ESCLARECIMENTOS E RISCOS MAIS FREQUENTES NA ANESTESIA LOCAL:

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

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.

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 sensação de formigamento local, redução da sensibilidade, dificuldade temporária de movimentar o membro anestesiado e reações alérgicas. Se com sedação: tonturas, náuseas, vômitos, sonolência, inquietação, delírios 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.

2. **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer reações alérgicas leves, moderadas ou severas aos medicamentos utilizados para a anestesia e/ou aos 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 a sedação possa ser aplicada, é fundamental que o(a) paciente esteja em jejum absoluto de, no mínimo, 8 h.
4. **Efeitos a curto prazo da anestesia local:** É comum a sensação temporária de formigamento e redução da sensibilidade no local ou membro anestesiado. Tendo em vista sintomas comuns associados ao procedimento cirúrgico/exame e anestésico, 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 8 h ou conforme as recomendações do(a) cirurgião(ã).
5. **Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas.
6. **Não consumir** álcool ou tabaco (fumo) 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 cicatrização.

CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DA ANESTESIA LOCAL

Eu (paciente ou responsável), _____ CPF _____ autorizo a aplicação da técnica anestésica LOCAL e, se necessário for, com sedação, 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 aplicada, inclusive, a anestesia geral), em**

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.

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 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.

Declaro que, após a leitura consciente e detalhada do exposto nas páginas deste documento, compreendi 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 durante após o 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 complicação, devo buscar imediatamente atendimento médico de urgência ou emergência, bem como comunicar ao(à) médico(a) assistente.

Declaro, portanto, ter sido devidamente informado(a) tanto do procedimento anestésico LOCAL, quanto da sedação, se necessária for, bem como dos riscos e cuidados relacionados a tais modalidades.

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.