

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TIPO DE ANESTESIA: PERIDURAL

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 A PERIDURAL:

A anestesia PERIDURAL também conhecida como EPIDURAL é uma modalidade anestésica capaz de bloquear, temporariamente, a sensibilidade de uma determinada parte do corpo, sendo comum sua aplicação em procedimentos demorados, de grande porte, realizados abaixo do umbigo. O medicamento utilizado na PERIDURAL é injetado utilizando agulha de peridural, no espaço existente entre as vértebras da coluna vertebral. Conforme o tempo cirúrgico ou do exame, um cateter (sonda por onde se injeta anestésico no espaço da coluna, mesmo com o paciente deitado, se necessário for) poderá ser deixado até o final do procedimento ou por 24 a 72 horas, a depender do tipo de cirurgia e da evolução do próprio paciente.

Durante a cirurgia/exame o paciente ficará consciente. Todavia, a fim de reduzir o desconforto e ansiedade do paciente, o médico (a) anestesista **poderá** aplicar sedação leve, bem como anestésico local, para reduzir a sensibilidade no local da aplicação. Em cirurgias de grande porte da região do tronco (tórax, abdome e pelve) e dos membros inferiores, a peridural poderá ser associada à anestesia GERAL.



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 médico assistente ao anestesista, bem como as condições clínicas do (a) paciente.

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

ESCLARECIMENTOS E RISCOS MAIS FREQUENTES DA PERIDURAL:

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: tontura, enjoos, vômito, dor de cabeça, dor ou formigamento nas costas, sonolência, inquietação, reações alérgicas, dificuldade temporária para urinar e, mais raramente, lesão de algum nervo e consequente dificuldade de locomoção temporária, perfuração da dura-máter (membrana que envolve o cérebro e medula espinhal), hematoma epidural (acúmulo de sangue entre o osso e a dura-máter), 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 a Peridural for associada à anestesia Geral, inclui-se os seguintes riscos: dor na garganta, rouquidão e aspiração do conteúdo líquido ou sólido do estômago para os pulmões. Casos graves podem ser mais frequentes em pacientes que apresentem condições de saúde debilitantes 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 a anestesia PERIDURAL 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 mínimo de 8h, após alta ou conforme indicado pelo(a) médico(a) cirurgião(â).
- 5. Lesão dentária:** Pode ocorrer durante o manuseio das vias aéreas.

6. **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.

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 PERIDURAL

Eu (paciente ou responsável), _____ **CPF** _____ autorizo a aplicação da técnica 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 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 de 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 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, 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 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