

TERMO DE CONSENTIMENTO
Para
ANESTESIA REGIONAL OU
GERAL

DESCRIÇÃO

Anestesia regional é um procedimento que utiliza anestesia local para paralisar uma área específica do corpo para a operação. Prolongado alívio da dor sem perda da sensação pode ser alcançado pela infusão de anestésicos locais e medicamentos narcóticos em partes específicas do corpo após a operação.

Anestesia geral envolve manter o paciente inconsciente antes da operação. Isto assegura que o paciente não esteja ciente dos eventos e não sinta dor durante a operação. O anestesista produz este resultado através de medicamentos aplicados na veia ou através da inalação de gases anestésicos.

A anestesia afeta a respiração e a circulação do paciente. O anestesista utiliza habilidades especiais e equipamentos para monitorar e gerenciar o paciente para assegurar sua segurança durante a anestesia e a operação.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Riscos comuns para TODOS os pacientes incluem:

- Pequeno machucado no local das aplicações de medicamentos ou punção de veias.
- Náuseas e vômitos (embora o anestesista reduza ou previna ao máximo essas ocorrências).
- Desconforto na orofaringe devido a intubação traqueal. Você pode informar dificuldade temporária de fala. Isto melhora depois de algumas horas.
- Dores musculares temporárias.
- Dor de cabeça temporária ou visão turva.
- Lembrança do trans-operatório

Riscos incomuns para TODOS os pacientes incluem:

- Lesão de dentes, lábios, gengiva e língua.
- Ardência nos olhos, úlcera de córnea, descolamento de lentes e perda de pelos.

Riscos extremamente raros para TODOS os pacientes. Eles podem causar dano cerebral ou óbito e incluem:

- Obstruções nas vias aéreas que não podem ser prontamente controladas. Elas podem levar a uma dificuldade severa de respiração.
- Alergia aos medicamentos que podem causar dificuldade de respiração e reação cutânea, severo inchaço, pressão baixa e circulação deficiente.
- Sensibilidade muscular herdada para medicamentos anestésicos específicos (hipertermia maligna). Isto pode causar um rápido aumento da temperatura, elevação dos batimentos cardíacos com pressão alta e rigidez muscular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.
- Insuficiência cardíaca, respiratória, renal ou hepática irreversíveis.
- Anoxia cerebral.
- Óbito no peri-operatória ou no pós-operatório imediato.

Anestesia Regional apresenta alguns dos riscos abaixo listados e vários outros riscos ou conseqüências:

- Perda da consciência e suspensão involuntária da respiração (apnéia), reações tóxicas sistêmicas e infecção.
- Reflexo óculo-cardíaco, amaurose contralateral transitória (perda total da percepção visual) e

TERMO DE CONSENTIMENTO
Para
ANESTESIA REGIONAL OU
GERAL

queda da pálpebra (ptose).

- Hematoma orbitário (infiltração de sangue nos tecidos), isquemia retiniana, perfuração do globo ocular e atrofia do nervo óptico.

Obs. 1: O tabagismo, o uso de álcool ou drogas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar uma maior incidência das complicações acima referidas.

Obs. 2: Pode haver outros riscos infrequentes que não foram listados aqui. Por favor, se você tiver dúvidas gerais ou específicas, peça esclarecimentos ao anestesista.

RISCOS ADICIONAIS (a ser preenchido pelo anestesista)

O paciente pode apresentar os seguintes riscos e complicações específicas decorrentes da sua condição pessoal:

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

- Declaro que o anestesista me informou sobre o procedimento anestésico, procedimentos alternativos e respondeu às minhas preocupações específicas sobre o assunto.
- Declaro que discuti com o anestesista os riscos significativos e complicações específicas para a minha pessoa, e que considerei ao decidir fazer a anestesia (regional e/ou geral).
- Concordo com quaisquer outros **procedimentos** considerados necessários no julgamento do anestesista durante a execução da anestesia.
- Se ocorrer um dano com agulha com um membro da equipe durante a operação, dou permissão para coletar sangue para exame de doenças infecciosas e outros exames necessários. Se isto for necessário, entendo que será aconselhável realizar-los o mais breve possível após a cirurgia.
- Declaro que ponderei todas as informações que recebi e **AUTORIZO** a realização da anestesia regional () ou geral () -- **MARCAR**.

_____ Porto Alegre, de _____ de 200
Assinatura do Paciente

Nome do Responsável: _____

Grau de Parentesco: _____ Carteira de Identidade: _____

Assinatura

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

- Declaro que expliquei a natureza da anestesia (regional e/ou geral) a ser realizada, e esclareci os riscos específicos relacionados com a condição do paciente.
- Dei ao paciente a oportunidade de perguntar sobre a anestesia, e respondi a todas elas.

_____ Porto Alegre, de _____ de 200
Assinatura do Médico – Cremers: