

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome da mãe: _____ CPF: _____

Nome do representante legal: _____ CPF: _____

RG: _____ Telefone: _____

Técnica anestésica utilizada: _____, para a realização da seguinte cirurgia/procedimento: _____

PROCEDIMENTO:

A anestesia é fundamental para a realização de diversos procedimentos médicos. O procedimento tem como objetivo proporcionar segurança e conforto aos pacientes submetidos a cirurgias, exames diagnósticos e terapias. Além de impedir a percepção da dor, evita a ocorrência de efeitos reflexos e induz o indivíduo a um maior relaxamento muscular, algo bastante importante para o trabalho dos profissionais.

A sedação é uma técnica anestésica que diminui o nível de consciência de um indivíduo para reduzir a ansiedade e melhorar o conforto do paciente em procedimentos desagradáveis, através de substâncias analgésicas, relaxantes e/ou sedativas. O que difere efetivamente uma anestesia geral de uma sedação leve é a combinação e a dose destes elementos – e a resposta que o paciente tem a determinado estímulo, podendo ser leve, moderada ou profunda.

A anestesia regional (raquianestesia, peridural, bloqueio de nervos periféricos) envolve a administração de anestésicos locais nas proximidades da medula espinhal ou em torno de nervos com objetivo de produzir insensibilidade, podendo ser associada à sedação ou à analgesia.

A anestesia geral é uma técnica que visa a deixar o paciente totalmente inconsciente, sem sensibilidade e imóvel no decorrer de um procedimento. O efeito da anestesia geral é no cérebro, bloqueando os impulsos nervosos de dor e reduzindo ações motoras e respostas hormonais.

RISCOS

Todo procedimento médico pode trazer complicações ao paciente, o que varia caso a caso, vez que diversos fatores fisiológicos influem na ocorrência ou não desses efeitos. No presente caso, são relatados pela literatura médica como possíveis os seguintes efeitos: reações alérgicas, dificuldade para respirar, aspiração de conteúdo gástrico, ritmo cardíaco alterado, enjoo, vômito, delírio, infecção na área da injeção, hipertermia maligna, lesão dentária, sintomas oculares, disfunção cognitiva pós-operatória, dor de cabeça, intubação difícil, dor nas costas, febre, tremores, lesão dentária, alterações do comportamento, abrasão nas córneas, infecção, hipertermia maligna, sangramento, perda de sensibilidade, perda de visão, paralisia de membros, derrame e lesão cerebral, infarto, síndrome da cauda equina, reações anafiláticas, algumas potencialmente fatais.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, paciente do(a) Dr(a) _____, inscrito no

CRM-MG sob o nº _____, declaro ter recebido todas as informações de meu médico acerca do procedimento ao qual serei submetido, seu objetivo, seus riscos e os cuidados que deverei observar antes e após o procedimento, assim como a respeito dos métodos terapêuticos alternativos, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei nº 8078/90, estando ciente de que a observância destes cuidados é fundamental para que se possa atingir o objetivo deste procedimento.

Declaro que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão e outras informações pertinentes à minha saúde.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico, oralmente ou por escrito, pois, do contrário, poderei por minha vida, saúde ou bem-estar em perigo, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Declaro, ainda, estar ciente de que, como cada ser humano é personalíssimo e singular, o procedimento a ser adotado não implica necessariamente no resultado almejado e, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes desde já pré-autorizados. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que o autorizo a tomar providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, seguindo seu julgamento

Tenho conhecimento que qualquer omissão da minha parte poder-me-á trazer prejuízos, comprometer o tratamento ao qual me submeto, causar sequelas ou acarretar danos à minha saúde.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outra dúvida e que estou me submetendo a este procedimento por livre e espontânea vontade, ficando reservado meu direito de desistir a qualquer tempo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do paciente ou Responsável:

Eu, Dr(a) _____ CRM-MG: _____

assumo total responsabilidade pela indicação do ato anestésico proposto ao paciente para realização do ato anestésico-cirúrgico.

Assinatura do médico anesthesiologista:
