

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) SEDAÇÃO E ANESTESIA	Padrão nº: FOR.GOV.010 Página 1 de 4
---	--	---

Este Termo de Consentimento Informado tem por objetivo informar ao paciente e/ou ao seu responsável/representante legal, quanto aos principais aspectos (definição, objetivos, benefícios, riscos, efeitos colaterais e complicações) do procedimento de **SEDAÇÃO E ANESTESIA** a qual o paciente será submetido pela equipe de anestesia no Hospital Unimed em Petrolina. Ressalta ainda que, caso o paciente seja menor de 18 anos, portador de doença física ou mental que comprometam o entendimento, pessoa inconsciente ou severamente debilitada, a responsabilidade de autorização será do familiar responsável(pai,mãe) ou responsável legal.

Definição: A anestesia consiste em reduzir a sensibilidade, eliminando a dor e outras respostas indesejadas do organismo durante o procedimento, por meio da utilização de medicamentos específicos para este fim.

Objetivo: Permitir que os pacientes passem por cirurgias e outros procedimentos sem experimentar sensações dolorosas ou desconfortáveis. Ela compreende pelo menos dois dos itens abaixo:

- Redução ou perda da consciência (hipnose);
- Redução ou eliminação da dor (analgesia);
- Redução ou abolição dos movimentos (bloqueio muscular);
- Controle das respostas involuntárias do organismo frente ao estresse da cirurgia como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, sudorese, etc (bloqueio neurovegetativo).

Como é feito? A anestesia é realizada por um médico anestesiológista que permanecerá junto ao paciente e estará monitorizado durante todo o procedimento. Existem quatro técnicas anestésicas comumente realizadas, cada uma delas envolve métodos diferentes de serem realizados e serão explicados abaixo:

1. Sedação: É um estado temporário de relaxamento e redução da consciência, induzido por medicamentos sedativos.
2. Anestesia geral: Estado de perda de consciência em que o paciente não é desperto mesmo que sofra algum estímulo doloroso. Pode ser administrada por via: venosa; venosa e inalatória (adultos e crianças) ou apenas inalatória (crianças).
3. Bloqueios espinhais: Consistem na injeção de anestésico na região onde estão as terminações nervosas da coluna espinhal produzindo a anestesia de algum segmento do corpo. São exemplos: raquianestesia, anestesia peridural e duplo bloqueio (associação das duas técnicas).
4. Bloqueios tronculares: Trata-se da injeção de anestésico local em volta de nervos específicos com o objetivo de anestésiar um segmento determinado do corpo (braço, mão, pé, etc.).
5. Outros procedimentos: Eventualmente serão necessários outros procedimentos invasivos para a realização da anestesia e sua monitorização, entre eles estão a, inserção de cateter venoso central, punção arterial, sondagem gástrica, outros _____.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) SEDAÇÃO E ANESTESIA	Padrão nº: FOR.GOV.010 Página 2 de 4
---	--	---

- **Indicações do procedimento:** A anestesia pode ser realizada em qualquer procedimento cirúrgico, invasivo ou diagnóstico em que haja dor ou incômodo para o paciente desde que os benefícios superem os riscos de realizar o procedimento ou exame diagnóstico pela não colaboração do paciente, como exemplo: crianças, pacientes com mal de Parkinson, dentre outros.

Benefícios: Garantir que o paciente não sinta dor, fique imóvel contribuindo para a otimização da técnica cirúrgica e mantenha o equilíbrio das diversas funções do corpo durante o procedimento.

Riscos e Complicações: Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve diversos riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade, entre eles:

Anestesia Geral/Sedação	Anestesia Regional
• Náusea e vômito • Dor de garganta • Lesão dentária • Reações alérgicas • Consciência intraoperatória • Acidente vascular cerebral • Acidente vascular cerebral • Arritmias cardíacas • Aspiração de conteúdo gástrico • Infarto • Perda visual • Hipóxia • Parada cardiorrespiratória • Óbito	• Cefaleia (raquianestesia e anestesia peridural) • Infecção • Lesão nervosa • Falha parcial ou total da técnica • Intoxicação por anestésico local • Parada cardiorrespiratória • Óbito

Alternativas ao procedimento: Procedimentos menores podem ser realizados com anestesia local ou até mesmo sem anestesia.

O que pode acontecer se não realizar o procedimento: No caso da não realização da anestesia, o procedimento proposto pode não ser realizado.

Pós-anestésico: O paciente será encaminhado a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), ficando sob vigilância, monitorizada e pelo tempo determinado pelo anestesiolologista para a total recuperação do paciente. Poderá ser necessário encaminhar para unidades como UTI.

Sintomas mais comuns que podem ocorrer no período pós-anestésico:

- Sonolência
- Frio
- Tremores
- Impossibilidade de mover algum membro (em caso de anestesia regional)
- Coceira (devido ao uso de medicações opioides para dor)
- Dor

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) SEDAÇÃO E ANESTESIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.010 Página 3 de 4
---	--	---

- Náusea e vômito

Cuidados a serem tomados pelo paciente após o procedimento:

- Estar acompanhado de um responsável maior de idade nas primeiras 24 horas.
- Repouso: Evitar atividades físicas intensas nas primeiras 24h, devendo descansar e só retomar atividades após devida orientação médica.
- Alimentação: Iniciar alimentação de forma leve e progredir conforme orientação médica.
- Não dirigir/operar máquinas ou veículos, em função do comprometimento de funções sensoriais que ocorre em função do procedimento.
- Evitar consumo de bebidas alcoólicas nas primeiras 24 a 48 horas.
- Evitar utilização de medicamentos não prescritos.
- Cada caso pode ter especificidades, por isso é essencial que o paciente se comunique com o médico responsável para esclarecer dúvidas e seguir as instruções personalizadas.

DECLARO QUE:

1. Fui informado da necessidade do procedimento em questão, recebi todas as informações necessárias e detalhadas, sendo esclarecido todas as minhas dúvidas de forma satisfatória;
2. Entendo que durante o procedimento poderá ser necessários outros procedimentos invasivos;
3. instalação de equipamentos de monitorização (cardiorrespiratória, hemodinâmica, entre outras), acesso venoso por veias periféricas e/ou centrais (profundas), acessos arteriais, punção liquórica, instalação de cateter vesical e/ou gastroenteral, intubação traqueal, suporte nutricional enteral ou parenteral e, eventualmente, a contenção no leito como medida protetora;
4. Tenho consciência que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;
5. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passadas, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação equivocada poderá trazer graves prejuízos ou comprometer o resultado do tratamento;
6. Estou plenamente informado e satisfeito com as informações recebidas e sei que poderei esclarecer quaisquer novas dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento;
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento ou parte dele, que especificarei, desistindo do tratamento, desde que não haja risco de vida.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) SEDAÇÃO E ANESTESIA	Padrão nº: FOR.GOV.C.010
		Página 4 de 4

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTE TERMO,

AUTORIZO EXPRESSAMENTE O PROCEDIMENTO PROPOSTO.

PACIENTE
1. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado. 2. Em havendo necessidade de hemotransfusão sanguínea, qual a sua opção: ☐ ACEITO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, caso a equipe médica considere necessário para meu tratamento, estando ciente dos benefícios, riscos e alternativas explicadas. ☐ RECUSO receber transfusão de sangue e/ou seus derivados, mesmo que isso possa comprometer minha saúde ou colocar minha vida em risco, por motivos pessoais, religiosos ou outros. Declaro estar ciente das possíveis consequências da recusa e assumo total responsabilidade por essa decisão. Paciente: _____ Responsável (Grau de Parentesco): _____ RG: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____
MÉDICO
Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado. Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ Petrolina/PE ____/____/____ Hora: ____:____