

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARA SEDAÇÃO E ANESTESIA

Por este instrumento, declaro que estou ciente da necessidade de realização de: () anestesia geral () anestesia raquidiana () anestesia peridural () sedação () outra anestesia regional: _____ () acompanhamento da Dra. Daniela Gabiatti Donadel – CRM 32076, anesthesiologista responsável, para a realização do procedimento/cirurgia:

Os riscos e benefícios da técnica escolhida e suas alternativas foram discutidos comigo pela Dra. Daniela Gabiatti Donadel. Foi esclarecido que qualquer técnica anestésica poderá necessitar de procedimentos complementares, como, por exemplo, a conversão para anestesia geral após uma anestesia regional ou sedação. Apesar dos cuidados, esforços e capacitação da profissional envolvida, todas as técnicas anestésicas apresentam risco, inclusive de morte.

Fui informado(a) das possíveis complicações associadas à sedação e anestesia, como: dor de garganta, sangramento nasal/oral, traumas dentários decorrentes da manipulação da cavidade oral ou intubação; laringoespasma, broncoespasmo e outras complicações respiratórias; cefaleia, tontura, náuseas, vômitos, tremores, dificuldade respiratória no pós-operatório; dor e hematomas nos locais de punção, podendo ser necessárias múltiplas tentativas de acesso venoso; agitação psicomotora ao despertar; reações alérgicas de gravidade variável, mesmo sem histórico prévio.

Autorizo desde já, em situações de urgência ou emergência, a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento ou cirurgia que se façam necessários, conforme o julgamento clínico da anesthesiologista.

Fui orientado(a) quanto ao impacto negativo de tabagismo, álcool e uso de substâncias psicoativas sobre a anestesia e o procedimento em questão.

Declaro que informei todas as doenças, uso de medicamentos, hábitos, alergias, histórico anestésico, e condições de jejum à Dra. Daniela Gabiatti Donadel.

Confirmo que recebi as explicações de forma clara, compreendi e concordo com o que me foi proposto. Tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas antes da assinatura deste termo. Estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes do início do procedimento.

Local: _____ Data: ____/____/____

() Paciente / Assinatura: _____

() Responsável Legal / Grau de Parentesco: _____ CPF: _____

Nome Legível: _____ Assinatura: _____

Confirmo que expliquei de forma detalhada ao paciente e/ou responsável o propósito, riscos e benefícios do procedimento anestésico proposto, tendo sanado todas as dúvidas apresentadas.

Médica Responsável: Dra. Daniela Gabiatti Donadel CRM: 32076

Assinatura: _____