

	Formulário Padrão	Código: FP 005
	TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	Revisão: 10/11/2022
		Próxima revisão: 10/11/2023
		Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO PÓS-INFORMAÇÃO, DECISÃO E ORDEM ANTECIPADA DE TRATAMENTO E CUIDADOS MÉDICOS

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal eu _____ por este termo autorizo os Drs. Miguel Tadeu Pinheiro, José Laurindo Sasso de Almeida, Aderbal Cagol, Ludgero de Souza Michalski, Renésio Marcks, Leonardo Tadeu Garnica Camargo, Rafael Frasson Pinheiro, Desire Tarso Maioli, Ricardo Pin Menegazzo, Caroline Colleoni Zaro, Vilson Furlanetto Jr., Daniela de Souza Ferreira, Fábila Basso, Lucas de Medeiros Corbellini, Fabian Jonas Nickel, Pauline Elias Josende, Louise de Medeiros Corbellini, Pedro Zanetti Florian, Camille Andrades Cabral, Cíntia Lourenço Santos, Victória Piccoli Pletsch, Laura Moreira Abrahão e todos os demais profissionais vinculados a minha assistência, com endereço na Rua Dr. José Mário Mônaco, 333, Sala 401 – Centro – Bento Gonçalves/RS, telefones (54) 3055.7676 | 3055.7611, a realizar os procedimentos anestésicos necessários para a realização da cirurgia _____ a qual, no momento, me proponho a realizar.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Declaro que me foi explicado que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo ao meu cuidado e que por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, um risco de vida.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:

Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (intubação oro nasotraqueal);

Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares; dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios, durante a recuperação anestésica;

Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos;

Poderá ocorrer dor nos locais de punções de veias e/ou artérias e flebites, devido aos materiais e medicamentos utilizados;

Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córnea, deslocamento de lentes e perda de pêlos. Nas cirurgias oftalmológicas também poderá ocorrer: estrabismo, hemorragia retrobulbar, perfuração ocular, hematomas no local da punção, necessitando de tratamentos oftalmológicos a posteriori e problemas cardiopulmonares decorrentes da fisiologia cirúrgica intrínseca a estes procedimentos;

Poderá ocorrer frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raro, poderão ser permanentes;

Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos.

5. Aceito o fato que o tabagismo, o uso do álcool ou de drogas, são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto estou ciente e autorizo o médico anestesiológico, bem como os seus assistentes ou os seus designados a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições.

7. Entendo que o médico anestesiológico e toda a sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos anestesiológicos propostos.

8. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, porém perigo a minha saúde ou meu bem-estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo o registro (em prontuário médico e/ou computador e/ou som, etc.) dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta sendo que todas as informações serão mantidas em estrito sigilo e divulgadas apenas àquelas que necessitam ou têm direito legal às mesmas.

10. Declaro saber que se optar por quarto de padrão superior ao contratado junto ao seu plano de saúde e/ou acomodação superior à coletiva (enfermaria ou quartos com dois ou mais leitos), haverá complementação dos honorários médicos devidos ao médico anestesiológico, em conformidade com o que dispõem os itens 6.1 e 6.2, das instruções gerais, da Tabela CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

11. Eu, _____ (nome completo), médico anestesiológico, CRM _____, declaro, sob as penas da lei, que expliquei de forma clara para o paciente todo o procedimento, em especial tudo o que consta no presente termo.


12. Declaro conhecer meus direitos enquanto titular de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, quais sejam:

a) Confirmação e acesso: Mediante requisição, o paciente ou o possível paciente poderá solicitar à CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA a confirmação sobre a existência de tratamento (coleta, utilização, armazenamento, etc.) dos seus dados pessoais para que, em caso positivo, possa acessá-los, inclusive por meio de solicitação de cópias dos registros que a CLÍNICA possua;

b) Correção: O paciente ou possível paciente poderá solicitar a correção dos seus dados pessoais caso estes estejam incompletos, inexatos ou desatualizados;

c) Anonimização, bloqueio ou eliminação: Salvo nas hipóteses em que o armazenamento das informações pessoais é necessária para fins de exercício de direitos da CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA e processos judiciais ou administrativos, bem como para fins de cumprimento de obrigação legal ou regulatória, o paciente ou possível paciente poderá solicitar 1. A anonimização dos seus dados pessoais, de forma que eles não possam mais ser relacionados a você e, portanto, deixem de ser considerados como dados pessoais para fins da LGPD; 2. O bloqueio de suas informações pessoais, suspendendo temporariamente a possibilidade de as utilizarmos para certas finalidades; 3. A eliminação dos seus dados pessoais, caso em que devemos apaga-los sem possibilidade de reversão;

Elaborado por: Dra Fabia Basso	Revisado por: Giceli Flores Carniel	Aprovado por: Dr. José Laurindo Sasso de Almeida
Data da elaboração: 10/11/2022	Data da revisão: 10/11/2022	Data da aprovação: 11/11/2022

	Formulário Padrão	Código: FP 005
	TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	Revisão: 10/11/2022
		Próxima revisão: 10/11/2023
		Página 2 de 2

d) Portabilidade: O paciente ou possível paciente poderá solicitar que nós forneçamos os seus dados pessoais em formato estruturado e intoperável visando à sua transferência para um terceiro, desde que essa transferência não viole a propriedade intelectual ou segredo de negócios da CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA;

e) Informações sobre o compartilhamento: O paciente ou possível paciente possui o direito de saber quais são as entidades públicas e privadas com as quais nós realizamos uso compartilhado dos seus dados pessoais. Se o paciente ou o possível paciente tiver dúvidas ou quiser mais detalhes, possui o direito de nos solicitar essas informações. A depender do caso, podemos limitar as informações fornecidas caso a sua divulgação possa violar a propriedade intelectual ou segredo de negócios da CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA;

f) Informações sobre a possibilidade de não consentir: O paciente ou possível paciente tem o direito de receber informações claras e completas sobre a possibilidade e as consequências de não fornecer consentimento, quando ele for solicitado pela CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA. O consentimento, quando necessário, deve ser livre e informado. Portanto, sempre que pedirmos o seu consentimento, você poderá negá-lo – nesses casos, é possível que alguns serviços não possam ser prestados;

g) Revogação do consentimento: Caso o paciente ou possível paciente tenha consentido com alguma finalidade de tratamento dos seus dados pessoais, poderá sempre optar por retirar o seu consentimento. No entanto, isso não afetará a legalidade de qualquer tratamento realizado anteriormente à revogação. Se retirar o seu consentimento, é possível que a CLÍNICA DE ANESTESIOLOGIA fique impossibilitada de prestar certos serviços, tendo em vista a necessidade de utilização de dados para a prestação de determinadas atividades. De qualquer forma, isso também será informado ao paciente quando for o caso;

h) Oposição: Existem hipóteses em que a lei autoriza o tratamento de algumas informações pessoais do paciente ou do possível paciente, sem a necessidade de consentimento ou de contrato. Nessas situações, somente serão tratados dados pessoais com base em fins legítimos. Caso o paciente não concorde com alguma finalidade de tratamento dos dados pessoais, poderá apresentar oposição, solicitando a sua interrupção.

Autorização

Entendo que os meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observadas e, embora sendo sabedor(a) de que os procedimentos aos quais me submeterei além de serem de risco, poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, declaro que fui devidamente informado e esclarecido acerca do procedimento e, por isso, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização.

MÉDICO

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Data: __/__/____

Elaborado por: Dra Fabia Basso	Revisado por: Giceli Flores Carniel	Aprovado por: Dr. José Laurindo Sasso de Almeida
Data da elaboração: 10/11/2022	Data da revisão: 10/11/2022	Data da aprovação: 11/11/2022