**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIOLOGIA**

Eu, ......................................................................................................................................... (responsável), portador de RG: ....................................................... e CPF: ...................................................., residente e domiciliado em (Rua, Av., Al.)......................................................................................................................, nº ................... na cidade de ..................................................., estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr.(a)..................................................................................................................................... CRM nº ......................., e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a realizar o seguinte procedimento: .....................................................................................................................................................................................

Declaro, para fins legais:

1. Estou ciente que, à meu (nosso) pedido, estarei (o paciente acima denominado estará) sendo submetido à anestesia para o procedimento referenciado, a ser aplicada pela Equipe de Anestesiologia do Hospital Unimed Bebedouro;

2. Que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através da explanação que foi prestada pelo Médico Anestesiologista, tendo a oportunidade de receber esclarecimentos, e todas as informações necessárias à minha (nossa) perfeita compreensão dos aspectos ligados ao ato anestésico ao qual me submeterei (submeter-se-á);

3. Que reconheço (reconhecemos) que o(s) Médico(s) Anestesiologista(s) que aplicará (rão) a anestesia exerce(m) atividade de meio, ou seja, obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, sem, contudo, garantir resultados;

4. Que, a fim de prevenir e afastar eventuais problemas, foram prestadas ao Médico Anestesiologista que me (o) examinou todas as informações relativas às condições médicas, físicas e psicológicas da minha pessoa (do paciente), sem omissão de qualquer fato ou elemento, informações estas que foram transcritas para a Ficha de Avaliação Pré-Anestésica;

5. Que foram informadas pelo Médico Anestesiologista, em linguagem acessível e clara, os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico; que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: dor ou desconforto após o término da anestesia, náuseas e/ou vômitos, lesão a veias e/ou artérias, reações alérgicas, infecção, sangramento, falta de ar, queda de oxigenação no sangue, queda ou aumento excessivo da pressão arterial, sensação residual da anestesia, frio ou tremores ao despertar, complicações de eventuais transfusões sanguíneas, vermelhidão em partes do corpo, perda da sensação e/ou da função das extremidades do corpo, dano ao cérebro e morte.

**Complicações e/ou riscos adicionais conforme o tipo de anestesia**

Anestesia Geral: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e às vias aéreas, consciência durante anestesia, lesão aos olhos.

Anestesia Regional: necessidade de mudança para a anestesia geral, dor de cabeça, sensação de anestesia residual e formigamentos.

Anestesia Local com Sedação: dor de garganta, rouquidão, dano e lesão aos dentes e vias aéreas, necessidade de mudança para anestesia geral.

Meu internamento (o internamento do paciente) no Hospital Unimed Bebedouro deu-se por livre e espontânea

vontade, e que tenho (temos) conhecimento que o(s) Médico(s) Anestesiologista (s) apenas se responsabiliza(m) pelos procedimentos de sua especialidade, não se responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico, bem como do tratamento ou internamento como um todo;

**RISCO EPIDEMIOLÓGICO DURANTE PANDEMIA DE COVID - 19**

Fui devidamente esclarecido pelo meu médico cirurgião e estou completamente ciente dos riscos que estarei exposto(a) no período da minha internação, referente a possível e eventual contaminação pelo COVID – 19, também chamado de NOVO CORONAVÍRUS. Tal risco decorrerá do contato ou aproximação com outros pacientes infectados, mesmo que assintomáticos ou até mesmo, com outros profissionais da saúde e com materiais médico-hospitalares que poderão estar infectados. Tenho ciência que eventual infecção com o COVID – 19 poderá provocar em meu organismo febre, dores musculares, dificuldade respiratória e, até a morte.

Bebedouro, ......... de ........................................... de ................

|  |
| --- |
| Nome e assinatura do Paciente ou Responsável |

|  |
| --- |
| Nome e assinatura de Testemunha (acompanhante) |

|  |
| --- |
| Carimbo e assinatura do médico anestesiologista |

**ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL:**

( ) Declaro para os devidos fins, que esclareci o (a) paciente/representante legal, sobre o conteúdo exposto acima, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências, inclusive sobre o risco epidemiológico durante pandemia de COVID -19. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo paciente(a)/representante legal, e acredito ter

sido compreendido.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

Carimbo e assinatura do médico anestesiologista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_