

## Termo de Consentimento Pós-Informado para Procedimento Anestésico

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG n.º \_\_\_\_\_ e CPF n.º \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente informado(a) pelo(a) Dr. Marco Antonio Ferreira de Almeida Silva, CRM 5201082248, sobre a necessidade de realização do procedimento anestésico indicado para o tratamento ao qual serei submetido(a).

### Descrição do Procedimento Anestésico:

#### 1. **\*\*Tipo de Anestesia:\*\***

- Anestesia Geral
- Anestesia Regional (Raquidiana, Peridural, Bloqueios de Nervos)
- Anestesia Local
- Sedação

#### 2. **\*\*Objetivos do Procedimento:\*\***

- Aliviar a dor durante o procedimento cirúrgico/intervencionista.
- Proporcionar condições ideais para a realização do procedimento médico.

#### 3. **\*\*Riscos Potenciais Associados ao Procedimento Anestésico:\*\***

- Reações alérgicas aos medicamentos utilizados.
- Eventuais complicações respiratórias ou cardiovasculares.
- Náuseas e vômitos.
- Lesões nervosas ou musculares.
- Dor de cabeça pós-raqui/peridural.
- Outras complicações específicas explicadas pelo(a) médico(a).

#### 4. **\*\*Benefícios Esperados:\*\***

- Controle eficaz da dor e do desconforto durante o procedimento.
- Segurança e conforto durante a realização da cirurgia ou intervenção médica.

5. **\*\*Alternativas para o Procedimento Anestésico:\*\***

- Outras formas de anestesia que possam ser indicadas em determinados casos específicos.

- Procedimentos sem anestesia, quando viável, e os riscos aumentados dessa escolha.

Após ter sido devidamente informado(a) sobre o procedimento anestésico, seus riscos, benefícios e alternativas, e tendo esclarecido todas as minhas dúvidas a respeito, eu, [Nome do Paciente], declaro que compreendi as informações fornecidas e que aceito, por minha livre e espontânea vontade, realizar o procedimento anestésico conforme explicado pelo(a) médico(a) responsável.

Estou ciente de que durante o procedimento poderão ocorrer variações e complicações, e autorizo a equipe médica a tomar as medidas necessárias para minha segurança e saúde, conforme julguem adequado.

Assumo a responsabilidade de seguir todas as instruções pré e pós-operatórias fornecidas pela equipe médica, incluindo a comunicação imediata de quaisquer sintomas ou complicações que surgirem após o procedimento.

Local e Data: Petrópolis, / /

**\*\*Assinaturas:\*\***

---

Paciente

---

Médico: Marco Antonio Ferreira de Almeida Silva

---

Responsável (caso paciente menor de idade ou possua responsável legal)

#Dados do paciente:

\*Nome completo:

\*Idade:

\*Cirurgia a ser realizada:

\*Tabagismo [ ] Etilismo [ ]

\*Peso:

\*Altura:

\*Sente falta de ar, dor no peito ou algum desconforto para atividades cotidianas:

Sim [ ]

1. Levantar pesos e correr [ ] 2. Subir escadas [ ] 3. Caminhar [ ] 4. Tomar banho [ ]  
5. Em repouso [ ]

Não [ ]

\*Apresenta alguma alergia:

Sim [ ], aos seguintes compostos ou medicamentos:

Não [ ]

\*Faz uso de alguma medicação regular:

Sim [ ], seguintes medicamentos:

Não [ ]

\*Já realizou algum procedimento cirúrgico:

Sim [ ], seguintes procedimentos:

Não [ ]

Apresentou alguma complicação cirúrgica:

Sim [ ], seguinte complicação:

Não [ ]

Exames essenciais: exame de sangue (hemograma, sódio, potássio, ureia, creatinina, glicose, proteínas totais e frações e coagulograma); radiografia de tórax; eletrocardiograma; e risco cirúrgico.

Exames adicionais que auxiliam na estratificação de riscos em cirurgias específicas: ecodoppler de membros inferiores e de carótidas, ecocardiograma transtorácico, Holter, espirometria, tomografia de tórax.