



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Por determinação explícita de minha vontade e interesse pessoal eu, _____ autorizo através desse termo, o corpo médico de anesthesiologists atuantes no Hoftalmar – Hospital e Banco de Olhos de Maringá a realizar os procedimentos anestésicos necessários para a realização da cirurgia de _____ a qual me proponho a ser submetida no Hoftalmar – Hospital e Banco de Olhos de Maringá.

Declaro que tive total conhecimento dos fatores e riscos que envolvem o ato anestésico em questão através da consulta pré-anestésica com o médico anesthesiologist that me avaliou, tendo tido a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas quanto à minha saúde e ao procedimento anestésico. Estou ciente que a melhor técnica será empregada e que esta pode ser alterada se for preciso para ter minha segurança preservada. Sendo que, neste caso, fica autorizado desde já, a equipe tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Reconheço que a prática anestésica é uma atividade de meio. Estou consciente que a medicina não é uma ciência exata e que é impossível prever resultados em qualquer ato anestésico, mesmo sabendo do compromisso do serviço de anestesia descrito acima em usar todos os meios científicos para me salvar em caso de intercorrências, ou complicações, baseados nos regimentos dos conselhos de medicina e códigos de ética médica.

Declaro, ainda, que tenho pleno conhecimento dos eventuais riscos, das complicações gerais como sangramentos, infecções, alergias, problemas cardiovasculares, respiratórios e outros eventos imprevisíveis e fortuitos incluindo risco de morte. Outras complicações específicas e associadas ao procedimento poderão ocorrer tais como:

Anestesia Geral: Comuns: náuseas e vômitos, dor na boca e/ou garganta, ronquidão transitória; Incomuns: Lesão na boca, nos dentes ou nos olhos, pneumonias ou aspiração do conteúdo do estômago para pulmões, fraqueza ou dormência permanente por lesão dos nervos. Perda da visão. Consciência durante a cirurgia, lesões nos pulmões.

Sedação: Comuns: náuseas e vômitos, diminuição da respiração; Incomuns: danos cerebrais, parada cardio-respiratória.

Bloqueio oftalmológico: Comuns: equimose (hematoma conjuntival ou palpebral). Raras: Hemorragia dentro da órbita, reações tóxicas, penetração/perfuração do globo ocular, diplopia (visão dupla). Dispersão central do anestésico local (podendo causar confusão mental, sonolência, tontura, perda da consciência, arritmia e parada cardíaca), amaurose contralateral transitoria (perda temporária da visão do olho que não foi anestesiado), lesão do nervo óptico (perda temporária ou definitiva da visão), isquemia retiniana (perda



temporária ou definitiva da visão), infecção, ptose palpebral temporária e permanente (diminuição da abertura da pálpebra).

Declaro também ter lido as informações contidas no termo, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Com os esclarecimentos prestados autorizo e concordo que o médico realize todas as técnicas necessárias para o pleno sucesso do procedimento.

Maringá, ____ de _____ de 20____.

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o ato anestésico a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre 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: _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG N°	RG N°
Nome	Nome