



PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA

Nome completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº atendimento: \_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Eu, abaixo identificado (a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao **Procedimento Cirúrgico** de \_\_\_\_\_ ao qual serei submetido(a), complementando as informações prestadas pelo meu médico assistente e, após ter recebido todas as informações a respeito da cirurgia e seu método, autorizo ser submetido(a) à realização da mesma.

**Declaro ainda que:**

- 1) Tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.
- 2) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 3) Estou ciente que a cirurgia a qual serei submetido possui em si os riscos inerentes ao procedimento e suas possíveis complicações, sendo algumas por vezes imprevisíveis.
- 4) Autorizo que qualquer órgão ou mesmo uma parte dele que for removido durante a operação seja encaminhado para exames complementares e biópsias de qualquer natureza, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 5) Apesar de todos os esclarecimentos prestados, persistem dúvidas?  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Confirmo que recebi todas as explicações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido, sendo-me concedida a oportunidade de desistir da realização do procedimento, anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras neste termo com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas de forma igualmente compreensível.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. - Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

#### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente ao paciente e/ou seu responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento acima descrito, tendo o paciente e/ou seu responsável entendido tudo que lhe foi explicado.

Médico (Nome completo): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Em situações de Emergência, dois médicos deverão se identificar e assinar este documento, justificando a impossibilidade de se extrair o consentimento do paciente.**



Nome completo: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº atendimento: \_\_\_\_\_

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CIRURGIA / PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Idade: \_\_\_\_ Sexo:  M  F Peso (kg): \_\_\_\_ Altura (cm): \_\_\_\_ PA (mmHg): \_\_\_\_ FC (bpm): \_\_\_\_ FR: \_\_\_\_ Temp (°C): \_\_\_\_

AVALIAÇÃO CLÍNICA - REVISÃO DE SISTEMAS

CARDIOVASCULAR	RESPIRATÓRIO	GASTROINTESTINAL	NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Refluxo gastro-esofágico	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Angina/Coronariopatia	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Hérnia de hiato	<input type="checkbox"/> AVC/AIT
<input type="checkbox"/> Infarto agudo no miocárdio	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> PIC elevada
<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Apneia do sono	<input type="checkbox"/> Doença hepática	<input type="checkbox"/> Lesão medular
<input type="checkbox"/> Doença valvular	<input type="checkbox"/> IVAS recente	<input type="checkbox"/> Obstrução intestinal	<input type="checkbox"/> Aneurisma
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Dependência de O2	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cefaleia crônica
<input type="checkbox"/> Doença vascular periférica	<input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Outras: _____
Tolerância ao exercício:			
<input type="checkbox"/> > 4 Mets <input type="checkbox"/> < 4 Mets			
<input type="checkbox"/> Outras: _____			
RENAL	MÚSCULO ESQUELÉTICO	ENDÓCRINO	HEMATOLÓGICO
<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL
<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo _____	<input type="checkbox"/> Doença hematológica
<input type="checkbox"/> Insuficiência renal	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/> Tendência a sangramento
<input type="checkbox"/> Diálise	<input type="checkbox"/> Doença neuromuscular	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Outras: _____
HÁBITOS SOCIAIS	CÂNCER	OBESO MÓRBIDO	GRAVIDEZ
<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
<input type="checkbox"/> Tabagismo ____ cigarros/dia	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> POSITIVO
<input type="checkbox"/> Etilismo	<input type="checkbox"/> Radioterapia	IMC: _____	Idade gestacional:
<input type="checkbox"/> Drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Outras: _____		____ semanas
<input type="checkbox"/> Outras: _____			

COMENTÁRIOS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JEJUM (HORAS)

Sólido: \_\_\_\_\_

Líquido: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO FAMILIAR

Problemas com anestesia?  SIM  NÃO

Tipo: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO ASA

I  II  III  IV  V  VI

Emergência:  SIM  NÃO

### ALERGIAS

SIM  NÃO

TIPO / AGENTE

TIPO DE REAÇÃO

---

---

---

---

---

---

### MEDICAÇÃO EM USO

SIM  NÃO

QUAIS?

---

---

---

### CIRURGIAS / ANESTESIAS PRÉVIAS

SIM  NÃO

TIPO/ANO:

---

---

---

### AVALIAÇÃO DE VIA AÉREA

História prévia de via aérea difícil?  SIM  NÃO

Distância tireomentoniana:  > 5 cm (3 dedos)  <5cm

Distância inter-incisivos:  > 3 cm  <3cm

Flexão / Extensão do pescoço:  Normal  Limitada

Mallampati:  I



Dentes:  Conservados  Precários  Ausentes  Prótese S/I

Pescoço:  Normal  Largo (>40cm)  Curto

Protusão da mandíbula normal:  SIM  NÃO

Previsão de via aérea difícil?  SIM  NÃO

Outras:

---

---

### HISTÓRIA DE NÁUSEA / VÔMITO NO PÓS-OPERATÓRIO?

SIM  NÃO

Tipo de procedimento:

---

### EXAME FÍSICO

ESTADO MENTAL:  Alerta e orientado  Alerta e desorientado  Sonolento  Comatoso

Neurológico:

Respiratório:

Cardiovascular:

Outros:

---

---

### AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

#### EXAME LABORATORIAL

Tipagem sanguínea e fator Rh:

Hb:

Ht%:

Leuc:

Bast:

Na:

K:

Ur:

Cr:

Glicose:

Plaq:

PTT:

PT:

INR:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### OUTROS EXAMES

---

---

---

---

### OBSERVAÇÕES

---

---

---

---

### PLANEJAMENTO ANESTÉSICO

---

---

---

---

ANESTESIOLOGISTA - ASSINATURA E CARIMBO

DATA E HORA



Nome completo: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº atendimento: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Eu, abaixo identificado (a), declaro que fui informado(a) pelo Dr(a) \_\_\_\_\_ quanto aos principais aspectos relacionados ao **Procedimento Anestésico** ao qual serei submetido(a), complementando as informações prestadas pelo meu médico assistente e, tendo recebido todas as informações a respeito do procedimento e seu método, autorizo ser submetido(a) à realização do mesmo, sem o que seria impossível a realização da cirurgia a qual também serei submetido(a).

Autorizo o(s) médico(s) abaixo identificado(s) a realizar o seguinte procedimento anestésico: \_\_\_\_\_

### Declaro ainda que:

1) Tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico em questão, através do médico anesthesiologista que me examinou, tendo a oportunidade de receber todos os esclarecimentos e informações necessárias à minha perfeita compreensão sobre os aspectos ligados ao ato anestésico ao qual serei submetido(a).

2) Prestei ao(s) médico(s) anesthesiologista(s) todas as informações relativas à minha condição de saúde física e psicológica que possam interessar aos procedimentos.

3) Os riscos inerentes ao ato anestésico me foram informados de forma clara e em linguagem coloquial pelo Médico Anesthesiologista.

4) Apesar de todos os esclarecimentos prestados, persistem dúvidas?  Não  Sim: \_\_\_\_\_

Confirmando que recebi todas as explicações de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina, compreendo e concordando com tudo que me foi esclarecido, sendo-me concedida a oportunidade de desistir da realização do procedimento, anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras neste termo com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas de forma igualmente compreensível.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_. - Hora \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

### PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente ao paciente e/ou seu responsável, ou familiar, o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento acima descrito, tendo o paciente e/ou seu responsável entendido tudo que lhe foi explicado.

Médico (Nome completo): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Em situações de Emergência, dois médicos deverão se identificar e assinar este documento, justificando a impossibilidade de se extrair o consentimento do paciente.