

# **POLÍTICA DO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA PARA APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO Versão: 00**

## **1 – OBJETIVO**

Descrever a política e os procedimentos necessários para a obtenção do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido específico para procedimentos anestésicos.

## **2 – CAMPO DE APLICAÇÃO**

Quaisquer unidades de atuação de anesthesiologistas do Hospital Universitário Gafreé e Guinle: Unidades assistenciais, centros cirúrgicos , ambulatórios e métodos diagnósticos do Hospital Universitário Gafreé e Guinle .

## **3 – REFERÊNCIAS**

1. Resolução 196/96.
2. Direitos dos Pacientes e Familiares (PFR); In Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais - 4ºed. 2011 pag.55.
3. Resolução CFM 1081/82
4. Resolução do CFM nº. 1.802 de 01 de Novembro de 2006

## **4 – CONCEITOS**

O Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento médico que objetiva registrar por escrito que o paciente e/ou seus representantes legais receberam as informações pertinentes aos procedimentos médicos necessários ao seu diagnóstico e tratamento e que estão cientes dos riscos e benefícios dos mesmos, que tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e que concordam com a execução dos mesmos.

Este documento está em consonância ao princípio da autonomia e dignidade humana, que estabelece que todos os pacientes e/ou seus representantes legais tem o direito de receber todas as informações relacionadas à sua doença, ao seu diagnóstico e tratamento para que ele possa decidir, com liberdade, a sua aceitação ou recusa. Este termo é dispensável em circunstâncias em que exista risco de vida iminente para o paciente ou para terceiros.

## **5 – DIRETRIZES**

A aplicação do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido específico para anestesia é uma norma Serviço de Anestesiologia do HUGG .

O preenchimento do Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (TCLE) específico para anestesia é de responsabilidade do médico anesthesiologista responsável pela avaliação pré anestésica ou daquele que irá realizar o procedimento.

No caso de recusa de assinatura do paciente e/ou representante no TCLE, a equipe médica realizará um registro no prontuário do paciente contendo a recusa em assinar o termo, esclarecendo que o paciente e/ou responsável recebeu as informações relacionadas ao caso e que entendeu o que lhe foi informado. Deve-se registrar ainda o nome do médico que aplicou o TCLE. Nesta circunstância, se for adequado, aplicar o "Termo de Recusa de Tratamento".

No caso de recusa apenas de uma determinada técnica anestésica como por exemplo bloqueios , esta deve ser ressaltada no TCLE , na avaliação pré-anestésica e no prontuário do paciente.

Nos casos que houver limitação física para assinatura do termo (déficit motor, amputação e cegueira), e ausência do representante legal, o médico deve registrar esta incapacidade de assinatura em prontuário, salientando que prestou todos os esclarecimentos ao paciente, e que este concorda com a realização do procedimento proposto, preferencialmente também registrando-se uma testemunha.

Nos casos em que houver dificuldade na compreensão por baixa escolaridade ou limitação intelectual, devem-se reforçar as informações com termos simples e acessíveis ao paciente. Em situações de analfabetismo, registrar a condição em prontuário e proceder da mesma forma como nos casos de limitação física. Se o cliente for menor de idade, o pai, a mãe ou responsável legal devem assinar o TCLE.

Os casos de emergência e urgência devem estar devidamente registrados em prontuário e o Termo de Consentimento deve ser preenchido, descrito o caráter emergencial e assinado por dois médicos.

Nas situações eletivas, sempre que possível, o TCLE específico para anestesia deverá ser preenchido fora do ambiente dos centros cirúrgicos.

É necessário que o médico, paciente e/ou representante preencha com letra de forma os campos que se solicita letra legível, devendo haver completa identificação dos mesmos.

Nos casos que se tenha necessidade de repetir o procedimento anestésico ou cirúrgico, poderá ser aplicado apenas um TCLE, desde que seja a mesma técnica. O médico deve registrar no TCLE, de forma clara, a necessidade de múltiplos procedimentos.

### **Tipos de procedimentos e tratamentos que requerem Termo de Consentimento Informado**

#### **Livre e Esclarecido:**

- Anestesia geral, loco regional, sedação por procedimento.
- Hemotransfusão: Na possibilidade de administração de sangue e hemocomponentes, durante o período de cirurgia ou recuperação sob os cuidados dos anesthesiologistas; como ainda o TCLE específico para o uso de hemoderivados não está normatizado no HUGG, nas cirurgias de maior porte e risco, isto estará especificado no TCLE para anestesia.  
Caso haja recusa do paciente por qualquer motivo (religiosos ou outros), esta recusa deverá ser ressaltada no TCLE e na Aaliação Pré-Anestésica.
- Bloqueios para Tratamento de Dor
- Realização de “blood patch” para tratamento de cefaléia pós-raquianestesia.

O médico anesthesiologista responsável pela avaliação ou aquele que irá realizar o procedimento anestésico deve preencher e entregar o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido ao paciente e/ou seu representante.

#### **Observações:**

1. Em alguns casos será permitido que o enfermeiro entregue o TCLE ao cliente/familiar para que este possa ler e sanar as suas dúvidas com o médico. Esta medida visa tornar mais ágeis procedimentos cirúrgicos não emergentes.
2. O paciente e/ou representante lê o documento e, se necessário, o médico esclarece suas dúvidas.
3. O médico deve utilizar uma linguagem acessível ao paciente e/ou responsável, utilizando-se de todos os recursos a fim de sanar quaisquer dúvidas existentes.

4. Após o perfeito entendimento do que lhe foi exposto, o paciente e/ou seu representante serão solicitados a assinar o Termo de Consentimento.

5. Caso o termo seja aplicado por um residente o termo deverá ser carimbado também pelo staff responsável pela anestesia deste paciente , verificando-se a necessidade de alguns esclarecimento adicional .

## 6 – RESPONSABILIDADES

Médicos anesthesiologistas .

## 7 – ANEXOS

Anexo 1: Modelo do Termos de Consentimento Informado para Anestesia .

<b>Termo de Consentimento Informado para Procedimentos Anestésicos</b>	
PACIENTE	
Nome : _____	
Prontuário _____	Idade: _____ Identidade : _____ Órgão Expedidor _____
REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL (OBS: No caso do declarante não ser o paciente)	
Nome : _____	
Idade: _____	Identidade : _____ Órgão Expedidor _____
Declaro pelo presente instrumento que voluntariamente e livre de qualquer tipo de constrangimento , fui orientado pelo Dr(a) _____ CRM _____ , de modo claro e objetivo , sobre alternativas possíveis , vantagens e desvantagens , riscos , possibilidades de complicações e efeitos adversos do ato anestésico . Tive oportunidade de fazer perguntas , e quando as fiz , obtive respostas de maneira adequada e satisfatória . Não omiti informações relacionadas ao meu estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar no ato anestésico-cirúrgico. Desta forma pude criteriosamente decidir-me por aceitar a atuação profissional para intervenção programada , incluindo se necessário , transfusão de sangue , procedimentos para monitorização e todos os recursos científicos e tecnológicos , medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital , para que os objetivos propostos sejam alcançados da melhor maneira possível. Autorizo qualquer outro procedimento , exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o procedimento anestésico e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos .	
Assim declaro que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo os riscos do procedimento anestésico proposto. Por tal razão , e nestas condições , dou meu consentimento para o mesmo ser realizado.	
Também entendi que a qualquer momento e sem a necessidade de qualquer explicação poderei revogar este consentimento , antes que o procedimento se realize .	
Rio de Janeiro , ____ / ____ / ____ Hora: _____ :	
_____ Paciente ou Representante Legal	
_____ Testemunha	_____ Testemunha

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de Emergência , dois médicos deverão assinar)

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal , conforme o termo acima

( ) Não foi possível coleta deste termo de consentimento informa por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

\_\_\_\_\_  
Médico , CRM

\_\_\_\_\_  
Médico , CRM

REVOGAÇÃO: RJ , \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura

## 8 - APROVAÇÕES :

Elaborado por:

Dr. Rodrigo Barcellos

Verificado por:

Dra. Marise Gouvea

Dr.Luiz Carlos Salles

## 9 – CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Descrição da Revisão	Revisão	Elaboração
Emissão inicial	00	21/03/2013