HOSPITAL PILAR

Dr. Paulo Sérgio Matschinske
Diretor Técnico Médico
CRM-PR 4881 / RQE 9869

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
QUESTIONÁRIO PRÉ-CONSULTA

1. Nome:		
2. Sexo: ☐F ☐M	3. Idade:	4. Peso:
5. A qual cirurgia e/ou exame você será submetido?		
6. Você já se submeteu a alguma cirurgia e/ou exame com a necessidade de anestesia? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
7. Nessas cirurgias e/ou exames anteriores ocorreu algum problema relacionado com a anestesia? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
8. Você tem algum outro problema de saúde? ☐Sim ☐Não		
☐Hipertensão ☐Diabetes ☐Hipotireoidismo ☐Hipertireoidismo ☐Outros		
Qual(ais)?		
9. Você tem problemas de coração como infarto ou arritmia? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
10. Você já teve AVC (derrame) e/ou crise convulsiva? ☐Sim ☐Não		
11. Você já esteve internado em hospital alguma vez? ☐Sim ☐Não		
Por qual motivo?		
12. Você toma algum remédio todos os dias? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
13. Você tem alergia a algum medicamento? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
14. Você tem alergia a esparadrapo, micropore ou iodo? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
15. Você tem alergia a algum alimento? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
16. Você já teve alguma reação alérgica grave? ☐Sim ☐Não		
Precisou de tratamento em hospital? ☐Sim ☐Não		
Ficou internado em UTI? ☐Sim ☐Não		
17. Você fuma? ☐Sim ☐Não	Quantos cigarros por dia?	Desde que idade?
18. Você faz uso do álcool? ☐Sim ☐Não	Diariamente?	Qual quantidade?
19. Você usa ou já usou alguma droga ilícita (maconha, cocaína, crack etc)? ☐Sim ☐Não		
Qual(ais)?		
Em que quantidade?	Quando foi a última vez?	

Confirmo as informações por mim preenchidas e assumo os riscos relacionados a omissão de alguma informação importante para a realização da minha anestesia.

Curitiba, _____de_____de 20____

_____
Assinatura do paciente ou responsável

HOSPITAL PILAR

Dr. Paulo Sérgio Matschinske
Diretor Técnico Médico
CRM-PR 4881 / RQE 9869

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANESTESIA E SEDAÇÃO - INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

• Ao se submeter ao procedimento cirúrgico descrito, será realizado o necessário e indispensável procedimento anestésico ou de sedação.

• Os métodos, as técnicas e os fármacos empregados serão indicados pelo médico anestesiologista.

• O paciente deve ter um acompanhante durante e após a alta e, se possível, durante as 24 horas seguintes ao procedimento.

• O paciente não poderá dirigir e/ou operar máquinas nas primeiras 24 horas após o procedimento.

• O prazo para retorno às atividades rotineiras deve ser estabelecido pelo cirurgião ou médico assistente.

• Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal ou oral em pequena quantidade e anestesia de partes da língua (intubação oronasotraqueal), dependendo da dificuldade da intubação.

• Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares, dores musculares, tonturas, vertigens, dificuldade respiratória e desmaios durante a recuperação anestésica.

• Poderão ocorrer reações inesperadas às drogas e/ou técnicas anestésicas, podendo inclusive evoluir para óbito (morte).

• Poderá ocorrer sede devido ao tempo de jejum prolongado e/ou ao uso de medicamentos.

• Poderá ocorrer dor nos locais de punção de veias e/ou artérias e flebites devido aos materiais e medicamentos utilizados.

• Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlceras de córneas, deslocamento de lentes e perdas de pelos.

• Poderá ocorrer frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raro, poderão ser permanentes.

• Poderá haver transtorno de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos.

• O tabagismo, o uso de drogas ou de álcool são fatores que, embora não impeçam a realização de anestesias/sedação, podem determinar a maior incidência de complicações.

• Durante o curso do ato anestésico, existem complicações que não podem ser previamente identificadas e, por isso, eventualmente há necessidade de procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados.

• O médico responsável e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar com sua arte atingir o fim desejado, porém não certo.

• Eu abaixo identifico e declaro que fui informado quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido, complementando as informações prestadas pelo meu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Pilar.

Autorizo a equipe de anestesia do Hospital Pilar, representada pelo médico(a) anestesista, a realizar o procedimento anestésico necessário para a cirurgia e/ou exame de: _____

_____

DECLARO AINDA QUE:

1) Estou ciente do procedimento anestésico ao qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas que foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

2) Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Pilar.

3) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

4) Declaro que, por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista de todas as doenças e complicações, inclusive as que tive decorrentes de anestesia e medicamentos por mim tomados.

5) Declaro ainda que fui informado(a) pela equipe médica que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes tais como: maconha, cocaína, anfetaminas e outras, além do álcool, são fatores que podem trazer prejuízos ao procedimento e/ou tratamento a que serei submetido, cujo rol de complicações e intercorrências que poderão sobrevir foi a mim esclarecido.

6) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

7) Concordo que meu plano de saúde poderá cobrir totalmente ou parcialmente o procedimento anestésico ao qual serei submetido, podendo ocorrer situações e complicações que podem alterar os custos dos procedimentos, os quais serão cobertos por mim após ajuste prévio com a equipe de anestesiologia do Hospital Pilar. Os procedimentos de caráter particular serão ajustados diretamente por mim e/ou meu representante legal com a equipe de anestesia do Hospital Pilar.

Nome do paciente:_____

Curitiba, _____de_____de 20_____ Assinatura:_____

Termo assinado pelo: ☐paciente ☐responsável_____
nome

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável ou familiar o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Nome do médico: _____

CRM:_____ Assinatura:_____