

C.SBA - 01744/2026

Rio de Janeiro, 15 de maio de 2026

**Nota da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) de atualização sobre as recomendações do manejo perioperatório dos agonistas do receptor GLP-1 e coagonistas GLP-1/GIP**

**Força-tarefa do Comitê de Medicina Perioperatória da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para estudo do manejo de agonistas do receptor GLP-1 no Perioperatório:**

Lorena Ibiapina Mendes de Carvalho, Liana Maria Torres de Araújo Azi, Gabriel Magalhaes Nunes Guimaraes, Maristela Bueno Lopes, Danillo Ewerton Oliveira Amaral, Amanda Gomes Fonseca, Francília Faloni Coelho, Vanessa Henriques Carvalho, Luiz Carlos Bastos Salles, Plínio da Cunha Leal.

**INTRODUÇÃO**

Em 2025, a SBA criou uma força-tarefa para o estudo e a elaboração de recomendações sobre o manejo de agonistas do receptor GLP-1 (GLP-1 RA) e coagonistas GLP-1/GIP no perioperatório. Em um esforço colaborativo, a SBA reuniu-se com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) para a realização de um consenso multiespecialidades, visando à maior segurança no manejo anestésico destes pacientes no contexto de uma abordagem clínica multidisciplinar (1). Paralelamente, esta força-tarefa da SBA está conduzindo uma revisão sistemática com foco no impacto do uso dos GLP-1 RA e coagonistas GLP-1/GIP em pacientes candidatos a procedimentos sob sedação e a cirurgias eletivas (protocolo PROSPERO número CRD420250652069).

Desde os relatos iniciais de broncoaspiração associados ao uso de GLP-1 RA em pacientes sob anestesia, consolidaram-se crescentes evidências dos benefícios dessas medicações no controle do diabetes mellitus (DM) e da obesidade, além da melhora do risco cardiovascular (2).

## Continuação C.SBA - 01744/2026

Com o uso mais disseminado e as novas publicações na literatura científica, dúvidas e preocupações sobre o impacto na segurança perioperatória surgiram (3–5). Dessa forma, a presente nota tem por objetivo esclarecer tais questionamentos relacionados ao consenso adotado pela SBA, SBD e ABESO com base nas evidências mais recentes, enquanto se aguarda a publicação da recomendação completa.

Destacamos que estas recomendações não substituem o julgamento do médico anestesiologista responsável pelo caso, pois a avaliação deve ser individualizada e multifatorial, a fim de garantir maior segurança e melhores desfechos para os pacientes. Trazemos, aqui, recomendações para dar suporte científico mais claro aos médicos, porém lembramos que não é possível gerar recomendações determinísticas para todas as combinações possíveis de fatores.

## RECOMENDAÇÕES

É importante frisar que nosso consenso está alinhado às recentes recomendações dos principais *guidelines* internacionais, conforme resumido na tabela 1 (6–10). A maioria desses consensos é multisociedade, assim como o nosso. Do ponto de vista das melhores práticas e com base nas evidências clínicas atuais, as condutas devem ser individualizadas. Além do descrito no consenso adotado pela SBA, SBD e ABESO, recomendamos fortemente que as instituições criem protocolos internos, considerando as orientações descritas a seguir (vide fluxograma ilustrativo – figura 1).

1. Recomenda-se que todos os pacientes agendados para cirurgias eletivas, e que estejam em uso de GLP-1 RA ou coagonistas GLP-1/GIP nos últimos 6 meses, sejam avaliados com antecedência em consulta pré-anestésica para o adequado planejamento da anestesia e cirurgia segura.
2. A técnica anestésica e o contexto anestésico devem ser considerados para manter ou suspender a medicação, segundo a avaliação da equipe de Anestesiologia responsável pelo paciente e em decisão compartilhada com a equipe cirúrgica, visando à segurança do paciente.

### Continuação C.SBA - 01744/2026

- 2.1. Deve-se individualizar o custo-benefício da suspensão da medicação, o risco de broncoaspiração em cada caso e a necessidade de adiamento de procedimentos eletivos e de cirurgias tempo-sensíveis.
  - 2.2. Deve-se discutir antecipadamente com o paciente, a equipe cirúrgica e a equipe de endocrinologia responsável sobre o alinhamento de expectativas e tomada de decisão compartilhada, com foco na segurança do paciente.
  - 2.3. Sugere-se a elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido próprio para esses pacientes (vide o modelo sugerido em anexo).
3. Recomenda-se a criação de um fluxo institucional para viabilizar a manutenção de tais medicamentos, na condição de que se possa realizar a ultrassonografia gástrica *point-of-care* de antro gástrico (POCUS gástrico) de forma sistemática, por profissionais treinados, e com aparelhos de ultrassonografia (US) de qualidade prontamente disponíveis no Centro Cirúrgico (11–13).
- 3.1. A realização do POCUS gástrico deve ocorrer, necessariamente, no dia da cirurgia eletiva, após a admissão do paciente para a cirurgia e até pelo menos uma hora antes do início da anestesia.
  - 3.2. Na avaliação do POCUS gástrico, considera-se como estômago de baixo risco o achado de Perlas grau 0 (ou estômago vazio) ou Perlas grau 1 (presença de líquido com volume estimado  $\leq 1,5 \text{ mL.kg}^{-1}$ ), podendo-se, neste caso, prosseguir em segurança. A presença de líquido  $> 1,5 \text{ mL.kg}^{-1}$  (grau 2 de Perlas) ou conteúdo sólido/particulado indica alto risco, devendo-se considerar adiar a cirurgia eletiva ou prosseguir com técnica de intubação em sequência rápida (ISR) (14).
  - 3.3. Em caso de não poder realizar o POCUS gástrico conforme orientado acima, recomendamos não considerar a manutenção desses medicamentos, e prosseguir segundo a orientação dada no item 4 (4,15,16).
- 4) A suspensão por 7 dias para medicamentos de longa duração, e de 1 dia para os de curta duração, é recomendada. Além disso, deve-se

## Continuação C.SBA - 01744/2026

obrigatoriamente associar tal conduta à avaliação por POCUS gástrico sempre que possível, caso esteja disponível (17).

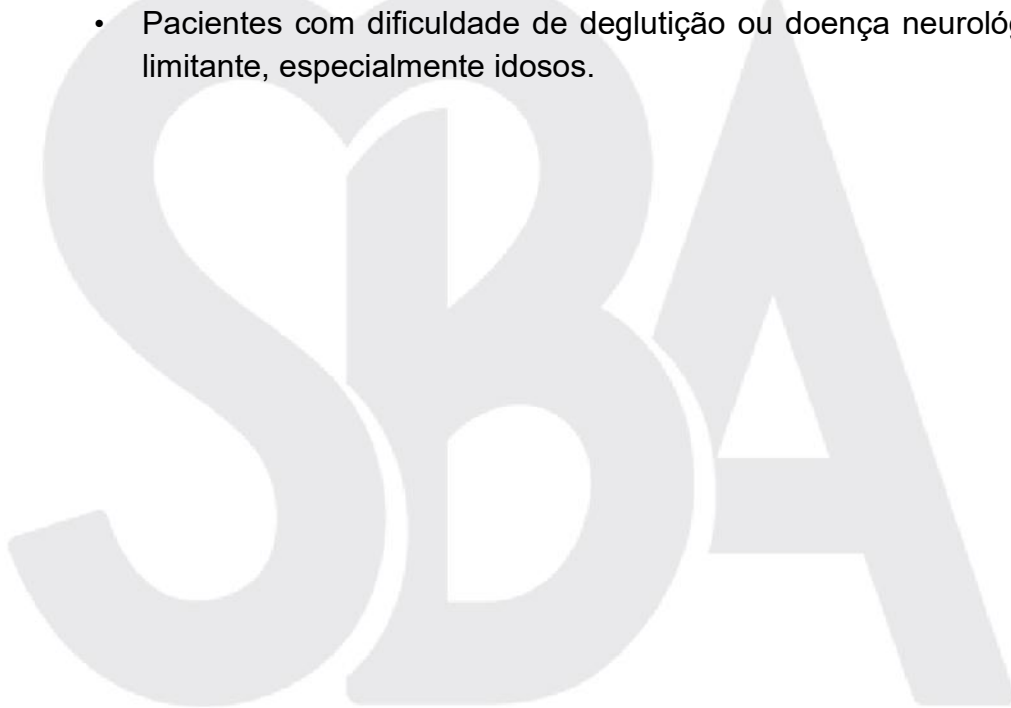
- 5) Para cirurgias eletivas em pacientes considerados de alto risco para broncoaspiração (segundo os fatores de risco descritos nos itens 7, 8 e 9), recomenda-se suspender os medicamentos por pelo menos 7 dias antes da data programada da anestesia e/ou cirurgia eletiva (18).
- 6) A dieta líquida sem resíduos, 24 horas antes do procedimento, com jejum completo 8 a 12 horas antes do procedimento, é recomendada em todos os pacientes, como estratégia para mitigar o risco de broncoaspiração.
  - 6.1. As evidências em favor da dieta líquida em pacientes cirúrgicos em uso de GLP-1 RA ou coagonistas GLP-1/GIP derivam dos achados de redução de resíduos gástricos em colonoscopia em pacientes sob dieta líquida sem resíduos 24 horas antes do procedimento (19).
  - 6.2. São considerados líquidos sem resíduos: água, café preto (sem leite), chá, água de coco sem resíduos, sucos coados e sem polpa, bebidas sem resíduos contendo carboidratos, como soluções com glicose, frutose, maltodextrina e soluções de reidratação oral (20).
  - 6.3. Não há evidências atuais robustas que definam a partir de quantos dias após a suspensão de GLP-1 RA ou coagonistas GLP-1/GIP a adoção de dieta líquida sem resíduos por 24 horas deixa de oferecer proteção adicional relevante. Assim, para pacientes que descontinuaram o uso, a adoção de um tempo de dieta deve ser individualizada, seguindo protocolos institucionais.
- 7) São fatores relacionados à técnica anestésica que exigem atenção para broncoaspiração:
  - Anestésias com sedação moderada ou profunda, em procedimentos sem a utilização de dispositivos avançados de vias aéreas (tubos orotraqueais com balonete ou traqueostomias com balonete), como, por exemplo, anestésias para

### Continuação C.SBA - 01744/2026

- eletroconvulsoterapias e procedimentos de radiologia intervencionista sob sedação;
- Anestésias com sedação, nas quais os pacientes têm a proteção das vias aéreas prejudicada, como procedimentos com cabeça imobilizada (por exemplo: craniotomia acordada), pacientes em decúbito ventral ou sedação com duração prolongada (maior que 30 minutos);
  - Previsão de via aérea difícil, diagnosticada em avaliação pré-anestésica ou pelo anestesiolista assistente;
  - Outras situações com prejuízo na proteção das vias aéreas, de acordo com o julgamento do médico anestesiolista assistente ou durante avaliação pré-anestésica.
- 8) São fatores de risco de aumento de resíduos gástricos relacionados ao uso de GLP1-RA ou coagonistas GLP-1/GIP (10):
- Início recente de uso (menos de 12 semanas);
  - Dose com aumento recente ou em escalonamento nos últimos 3 meses;
  - Sintomas relacionados ao trato gastrointestinal (TGI), como náuseas, vômitos, refluxo gastroesofágico, sensação de plenitude gástrica ou “empachamento”, e dispepsia. É importante destacar que a ausência de sintomas no TGI não exclui a condição de resíduo gástrico aumentado, mas sua presença pode indicar risco adicional;
  - Uso destas medicações de forma irregular, sem acompanhamento médico especializado adequado, com acompanhamento errático ou sem indicação clara.
- 9) São fatores de risco para broncoaspiração relacionados ao paciente (1,17,21,22):
- Controle glicêmico inadequado ( $HbA1c > 8\%$ ) ou DM de longa duração ( $> 8$  anos);
  - Gastroparesia documentada;
  - Cirurgia gastrointestinal prévia, incluindo cirurgia para tratamento de obesidade;
  - Documentação de retenção de resíduos gástricos em exame de endoscopia digestiva alta prévio;

### Continuação C.SBA - 01744/2026

- Obstrução gastrointestinal suspeita ou documentada;
- Acalásia;
- Obesidade com índice de massa corpórea (IMC)  $\geq 40$ ;
- Uso crônico de opioides;
- Uso concomitante de outras medicações que lentificam o esvaziamento gástrico (antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, bloqueadores de canais de cálcio);
- Pacientes com dificuldade de deglutição ou doença neurológica limitante, especialmente idosos.



Continuação C.SBA - 01744/2026

**Tabela 1: Comparação das recomendações anteriores da SBA sobre o manejo perioperatório de pacientes usando agonistas de receptor GLP-1 com principais *guidelines* internacionais.**

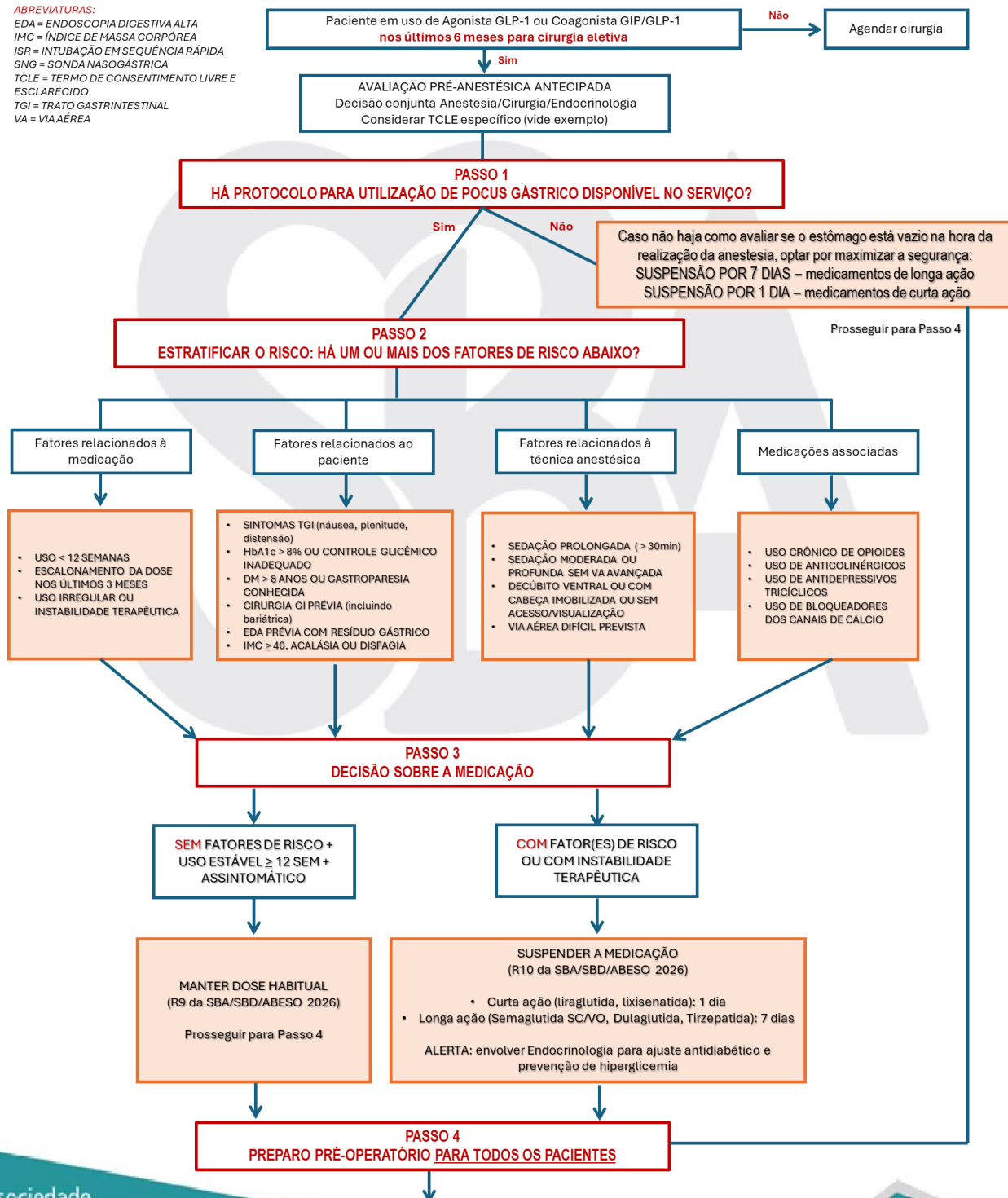
RECOMENDAÇÃO	SBA / SBD / ABESO (2026)	ANZCA (2025)	SPAQI (2025)	AOA/RCOA (2025)	ASA + ASMBS (2025)
<b>Suspensão de GLP-1 RA antes da cirurgia</b>	<p>Não rotineira se dose estável &gt;12 semanas, e sem fatores de risco adicionais.</p> <p>Suspensão seletiva - longa ação: 7 dias; curta ação: 1 dia em alto risco/escalonamento/instabilidade &lt;12 semanas.</p>	Não recomendada.	<p>Não recomendada em pacientes sem sintomas gastrointestinais significativos.</p> <p>Se sintomas gastrointestinais significativos, adiar.</p> <p>Sintomas gastrointestinais significativos: náuseas intensas, vômitos, dificuldade em ingerir alimentos.</p>	Não recomendada.	<p>Rotineira não recomendada.</p> <p>Se alto risco (fase de escalonamento, doses altas, longa ação, sintomas GI, ou condições associadas), suspensão seletiva: longa ação: 7 dias; curta ação: 1 dia.</p>
<b>Dieta pré-operatória</b>	Dieta líquida 24h + jejum 8–12 h.	Dieta obrigatória com líquidos sem resíduos por 24 h + jejum total de 6 h.	Dieta obrigatória com apenas líquidos sem resíduos por 24h para todos que usam GLP-1 RA + NPO por 4h; Jejum de 8 h para líquidos com ≥10% glicose, se sem sintomas gastrointestinais significativos.	Não detalha.	Dieta líquida 24h antes, em casos de alto risco.
<b>Ultrassonografia gástrica</b>	Recomendada quando disponível.	Recomendada.	Recomendada.	Recomenda considerar.	Recomendada.

Continuação C.SBA - 01744/2026

FLUXOGRAMA ILUSTRATIVO

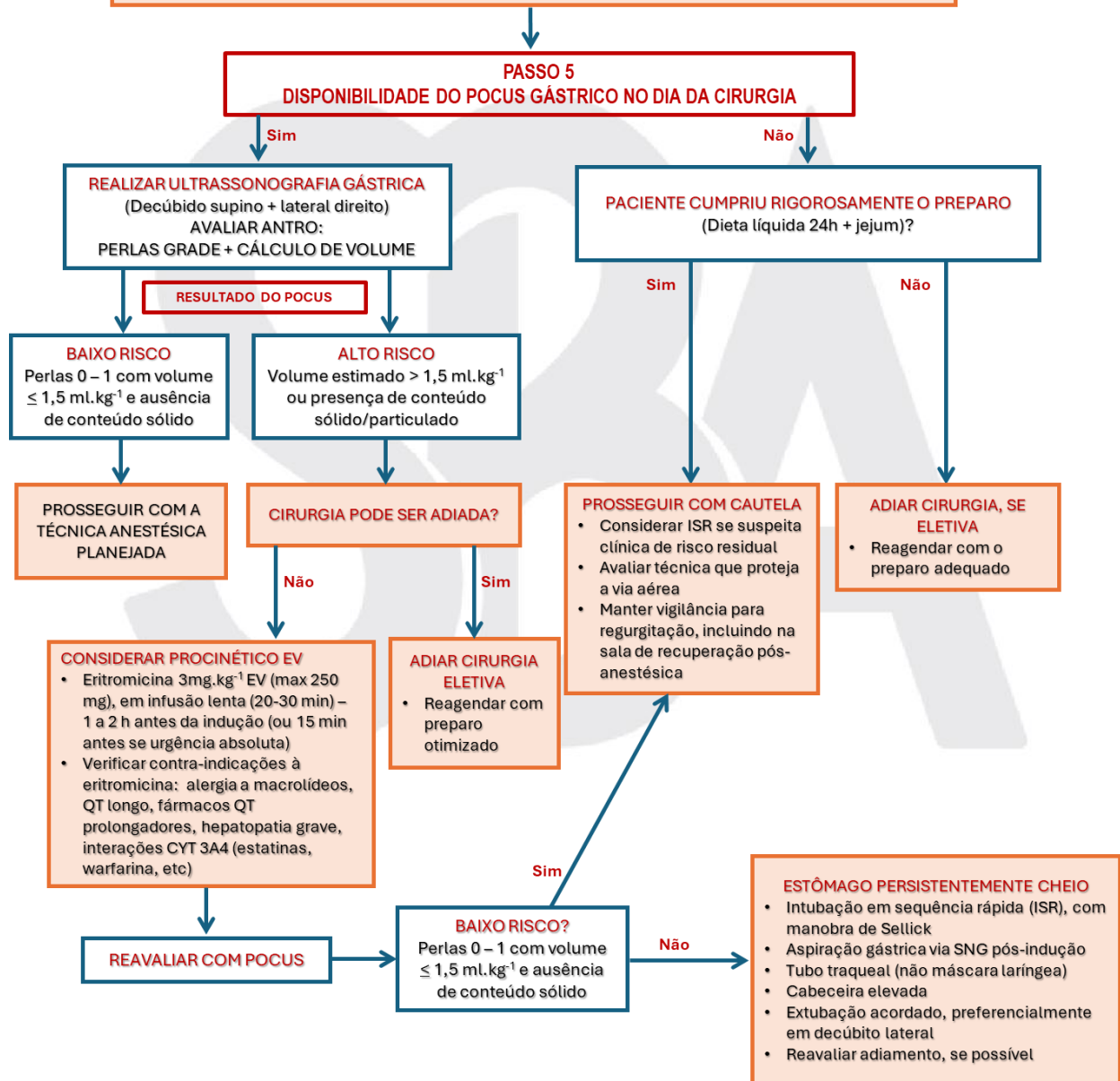
ABREVIATURAS:

- EDA = ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA
- IMC = ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
- ISR = INTUBAÇÃO EM SEQUÊNCIA RÁPIDA
- SNG = SONDA NASOGÁSTRICA
- TCLE = TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- TGI = TRATO GASTROINTESTINAL
- VA = VIA AÉREA



Continuação C.SBA - 01744/2026

- DIETA LÍQUIDA SEM RESÍDUOS NAS 24 HORAS ANTERIORES (água, café preto e sem leite, chá, água de coco sem resíduos, sucos coados e sem polpa ou pedaços, bebidas sem resíduos contendo carboidratos, como as soluções com glicose, frutose, maltodextrina e soluções de reidratação oral)
- JEJUM ABSOLUTO POR 08 a 12 HORAS



## Continuação C.SBA - 01744/2026

### REFERÊNCIAS:

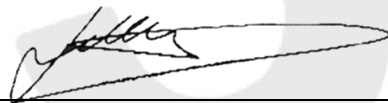
1. Marino EC, Negretto LAF, Ribeiro RS, Momesso D, Feitosa ACR, Toyoshima MTK, et al. Perioperative screening and management of hyperglycemia: a joint position statement from the Brazilian Diabetes Society (SBD), the Brazilian Society of Anesthesiology (SBA) and the Brazilian Association for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). *Diabetol Metab Syndr*. 2026 Feb 27;18(1):91. doi:10.1186/s13098-025-02060-5
2. Wu HL, Chen JT, Cata JP, Hsieh CH, Cherng YG, Tai YH. Risk of perioperative cardiorespiratory complications and mortality associated with preoperative glucagonlike peptide-1 receptor agonist use in type 2 diabetes mellitus: a nationwide propensity-score matched study. *Br J Anaesth*. 2026 Jan;136(1):86–97. doi:10.1016/j.bja.2025.08.003
3. Mendes FF, Carvalho LIM, Lopes MB. Glucagon-Like Peptide-1 agonists in perioperative medicine: to suspend or not to suspend, that is the question. *Braz J Anesthesiol*. 2024 Nov;74(6):844538. doi:10.1016/j.bjane.2024.844538
4. Pai SL, Nimma SR, Beam WB, VanderWielen BA, Kalagara HK, Bettini LM, et al. Assessment of Gastric Content Using Gastric Ultrasound in Patients on GlucagonLike Peptide-1 Receptor Agonists Before Anesthesia. *Anesth Analg*. 2026 Apr 1;142(4):640–9. doi:10.1213/ANE.00000000000007764
5. Boudreau B, Watson NC. Anesthesiologists' Perspectives on GLP-1 Receptor Agonists in Elective Surgeries: A Qualitative Survey Analysis of National Data. *Cureus*. 2025 Nov 3. doi:10.7759/cureus.95986
6. Australian and New Zealand College of Anaesthetists, Australian Diabetes Society, Gastroenterological Society of Australia, National Association of Clinical Obesity Services. Clinical Practice Recommendations Regarding Patients Taking GLP-1 Receptor Agonists and Dual GLP-1/GIP Receptor Co-agonists Prior to Anaesthesia or Sedation 2025 [Internet]. Melbourne; 2025 Apr [cited 2026 May 6]. Available from: <https://www.anzca.edu.au/safety-and-advocacy/standards-of-practice/clinicalpractice-recommendations-regarding-patients-taking-glp-1>
7. El-Boghdadly K, Dhese J, Fabb P, Levy N, Lobo DN, McKechnie A, et al. Elective perioperative management of adults taking glucagon-like peptide-1 receptor agonists, glucose-dependent insulinotropic peptide agonists and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a multidisciplinary consensus statement: A consensus statement from the Association of Anaesthetists, Ass... *Anaesthesia*. 2025. doi:10.1111/anae.16541 PubMed PMID: rayyan-148869698.
8. Chang MG, Bittner EA. Comparison of societal guidance on perioperative management of glucagon-like peptide-1 receptor agonists: implications for clinical practice and future investigations. *Can J Anesth*. 2024 Sep 26;71(9):1302–15. doi:10.1007/s12630-024-02810-5

**Continuação C.SBA - 01744/2026**

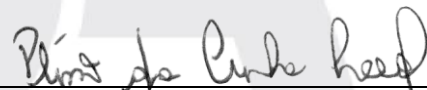
9. Oprea AD, Ostapenko LJ, Sweitzer B, Selzer A, Irizarry-Alvarado JM, Hurtado Andrade MD, et al. Perioperative management of patients taking glucagon-like peptide 1 receptor agonists: Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) multidisciplinary consensus statement. *Br J Anaesth.* 2025 Jul;135(1):48–78. doi:10.1016/j.bja.2025.04.001
10. Kindel TL, Wang AY, Wadhwa A, Schulman AR, Sharaiha RZ, Kroh M, et al. Multisociety Clinical Practice Guidance for the Safe Use of Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists in the Perioperative Period. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025 Nov;23(12):2083–5. doi:10.1016/j.cgh.2024.10.003
11. Nersessian RSF, M da SL, Carvalho MAS, Silveira SQ, Abib AC V, Bellicieri FN, et al. Relationship between residual gastric content and peri-operative semaglutide use assessed by gastric ultrasound: a prospective observational study. *Anaesthesia.* 2024;79(12):1317–24. doi:10.1111/anae.16454 PubMed PMID: rayyan-148869607.
12. Sherwin M, Hamburger J, Katz D, DeMaria S. Influence of semaglutide use on the presence of residual gastric solids on gastric ultrasound: a prospective observational study in volunteers without obesity recently started on semaglutide. *Can J Anesth.* 2023 Aug 19;70(8):1300–6. doi:10.1007/s12630-023-02549-5
13. Sen S, Potnuru PP, Hernandez N, Goehl C, Praestholm C, Sridhar S, et al. GlucagonLike Peptide-1 Receptor Agonist Use and Residual Gastric Content Before Anesthesia. *JAMA Surg.* 2024;159(6):660–7. doi:10.1001/jamasurg.2024.0111 PubMed PMID: rayyan-148869470.
14. Perlas A, Arzola C, Van de Putte P. Point-of-care gastric ultrasound and aspiration risk assessment: a narrative review. *Can J Anaesth.* 2018 Apr;65(4):437–48. doi:10.1007/s12630-017-1031-9 PubMed PMID: 29230709.
15. Vlaeminck N, Van de Putte P, Dekeyser M, Baert N, Wallyn A, Vernieuwe L, et al. Gastric ultrasound in patients receiving semaglutide: a prospective, multicentre, matched control study. *Anaesthesia.* 2026 Feb 3. doi:10.1111/anae.70129
16. Muranaka MO, Nguyen TH, Wang AT, Cordero J, Yang SJ, Felix J, et al. Role of Gastric Point-of-Care Ultrasound in Perioperative Management of Semaglutide. *Cureus.* 2025 Jun 11. doi:10.7759/cureus.85791
17. Ahmad AI, Garg S, Jacobs J, Ansari Z, Al-Din TJ, Almomani A, et al. Holding vs Continuing GLP-1/GIP Agonists Before Upper Endoscopy: The OCULUS Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2026 May 1;186(5):578. doi:10.1001/jamainternmed.2026.0027
18. Wolla CD, Pecha TJ, Sirianni JM, Schorg LM, Wolf BJ, Wilson SH. Ultrasound assessment of preoperative gastric volume in fasted diabetic surgical patients: A prospective observational cohort study on the effects of glucagon-like peptide-1 agonists on gastric emptying. *J Clin Anesth.* 2025 Jun;104:111853. doi:10.1016/j.jclinane.2025.111853

### Continuação C.SBA - 01744/2026

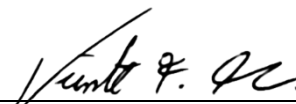
19. Chhabra P, Bhandari R, Singh R. Unmasking Aspiration Risks: A Propensity-Matched Odyssey of GLP-1 Receptor Agonists and Colonoscopy. J Gastroenterol Hepatol. 2025 Nov 15;40(11):2732–7. doi:10.1111/jgh.70071
20. Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting \*. Anesthesiology. 2023 Feb 11;138(2):132–51. doi:10.1097/ALN.0000000000004381
21. Warner MA, Meyerhoff KL, Warner ME, Posner KL, Stephens L, Domino KB. Pulmonary Aspiration of Gastric Contents: A Closed Claims Analysis. Anesthesiology. 2021 Aug 1;135(2):284–91. doi:10.1097/ALN.0000000000003831 PubMed PMID: 34019629.
22. Phan J, Chang P, Issa D, Turner R, Dodge J, Westanmo A, et al. Glucagon-Like Peptide Receptor Agonists Use Before Endoscopy Is Associated With Low Retained Gastric Contents: A Multicenter Cross-Sectional Analysis. American Journal of Gastroenterology. 2025 Mar;120(3):554–61. doi:10.14309/ajg.0000000000002969



Dr. Luiz Carlos Bastos Salles  
Vice-Diretor do Departamento Científico da  
SBA



Dr. Plínio da Cunha Leal  
Diretor do Departamento Científico da SBA



Dr. Vicente Faraon Fonseca  
Diretor-Presidente da SBA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA EM CASO DE USO DE AGONISTAS DO RECEPTOR GLP-1 E/OU COAGONISTAS GIP/GLP-1

**Atenção: Este termo não substitui o Termo de Consentimento em geral para anestesia. Quando indicado, os dois termos devem ser aplicados em conjunto.**

### DECLARANTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: Nome: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Paciente  Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

### PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade Nº: Nome: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES SOBRE MEDICAÇÃO EM USO

#### Medicamento relacionado a GLP-1/GIP:

Não utiliza

Utiliza: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Última aplicação/administração: \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_\_\_

1. Declaro que o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Informou-me que, tendo em vista a realização do procedimento acima, será necessária a administração da anestesia: \_\_\_\_\_  
(tipo de anestesia planejada).

2. Entendo que é minha responsabilidade declarar ao(à) médico(a) anestesiologista, de forma completa e verdadeira, sobre o uso de todas as medicações que utilizo, incluindo, mas não se limitando a medicamentos para diabetes ou para perda de peso, como Ozempic, Rybelsus, Mounjaro, Trulicity, Victoza, Saxenda, ou outras substâncias com efeito similar na classe de agonistas do receptor GLP-1 e/ou coagonistas GIP/GLP-1. Também me comprometo a relatar a presença de quaisquer sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos, sensação de estômago cheio (empachamento), refluxo ou azia.

3. Fui claramente informado(a) de que esses medicamentos retardam o esvaziamento gástrico e podem levar à persistência de conteúdo no estômago, mesmo após o jejum habitual. Uma vez que isso pode se associar a um risco de aspiração pulmonar durante a anestesia, medidas adicionais de segurança podem ser necessárias, devido à gravidade das potenciais complicações.

4. Eu me comprometo a seguir rigorosamente as orientações de jejum que me foram fornecidas, as quais podem incluir um período de suspensão da medicação e um tempo de jejum para sólidos e líquidos mais longos do que o habitualmente recomendado.

5. Declaro que recebi orientações específicas acerca do jejum pré-operatório e de eventual necessidade de suspensão temporária da medicação que utilizo, incluindo prazo recomendado antes do procedimento anestésico.

6. Estou ciente e concordo com a possível necessidade de realização de uma ultrassonografia gástrica no dia do procedimento. Este exame tem como objetivo avaliar o conteúdo do meu estômago e verificar se o jejum foi eficaz para garantir a minha segurança.

7. Compreendo que, caso a ultrassonografia gástrica ou a avaliação clínica indiquem que meu estômago não está completamente vazio no momento do exame, meu procedimento cirúrgico poderá ser adiado. Declaro estar ciente de que esta decisão visa exclusivamente a minha segurança e a prevenção de complicações graves.

8. Eu reconheço que o eventual adiamento do procedimento por razões de segurança, conforme descrito no item anterior, é uma medida de cuidado e prevenção. Portanto, isento o serviço de anestesia e a equipe médica de qualquer responsabilidade decorrente desta decisão, pois entendo que ela é tomada para proteger a minha saúde e a minha integridade física.

9. Declaro que fui informado(a) que, mesmo com o cumprimento adequado das orientações médicas e adoção das medidas preventivas indicadas, o risco de regurgitação e broncoaspiração não pode ser completamente eliminado, estando devidamente ciente de tais riscos.

10. Confirmando que tive tempo hábil e oportunidade de fazer perguntas ao(à) profissional e, quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.

11. Assim, declaro que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e risco do procedimento. Por tal razão e, nestas condições, dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

12. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

\_\_\_\_\_ (Cidade, Estado), \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Responsável / Testemunha**

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) Anestesiologista**