

## 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) anesthesiologista, 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**