Unimed Chapecó	**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **APONEVROSE PALMAR (DOENÇA DE DUPUYTREN)**	**TER 130/01** **NSA/ESP** **Implantação: 09/2011** **1ª Revisão: 01/2018**

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a)_____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a)_____, inscrito(a) no CRM-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **"“APONEVROSE PALMAR (DOENÇA DE DUPUYTREN)"**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

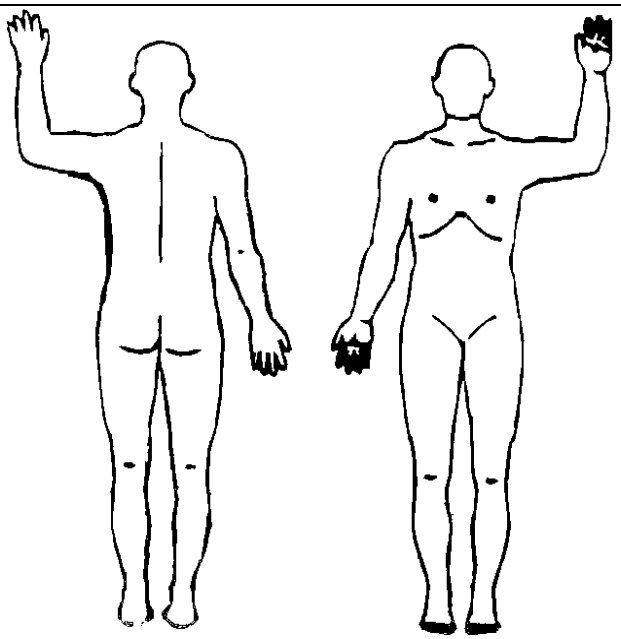
DEFINIÇÃO: cirurgia com a finalidade de ressecção de uma contratura da fascia palmar.

COMPLICAÇÕES:
1. Infecção.
2. A não recuperação da função do nervo, parcial ou total.
3. Edema (inchaço) e limitação dos movimentos.
4. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
5. Parestesias (formigamento) digitais.
6. Perda da força nos dedos temporariamente.
7. Necrose (morte) digital ou de parte da pele.

CBHPM: 3.07.22.10-1 **CID**: M 72.0

Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado:

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE	
CIRURGIA DO MEMBRO:	**IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO:** ◉
LADO DIREITO	**LADO ESQUERDO**
( ) Olho direito	( ) Olho esquerdo
( ) Orelha direita	( ) Orelha esquerda
( ) Pulmão direito	( ) Pulmão esquerdo
( ) Ombro direito	( ) Ombro esquerdo
( ) Braço direito	( ) Braço esquerdo
( ) Antebraço dir.	( ) Antebraço esquerdo
( ) Mão direita Se Dedo, qual:	( ) Mão esquerda Se Dedo, qual:
( ) Mama direita	( ) Mama esquerda
( ) Rim direito	( ) Rim esquerdo
( ) Glúteo direito	( ) Glúteo esquerdo
( ) Coxa direita	( ) Coxa esquerda
( ) Perna direita	( ) Perna esquerda
( ) Joelho direito	( ) Joelho esquerdo
( ) Pé direito Se Dedo, qual:	( ) Pé esquerdo Se Dedo, qual:
( ) Outros:	



Infecção relacionada à assistência á saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.
De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.
Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Chapecó (SC) _____ de_____ de _____.

_____	_____
Ass. Paciente e/ou Responsável	Ass. Medico Assistente
Nome: _____	Nome: _____
RG/CPF: _____	CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.