

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 **“TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias 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 34º 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: a toracocentese consiste na punção pleural para retirada de líquido da cavidade pleural e a biópsia pleural consiste na retirada de fragmento pleural, para análise diagnóstica.

COMPLICAÇÕES:

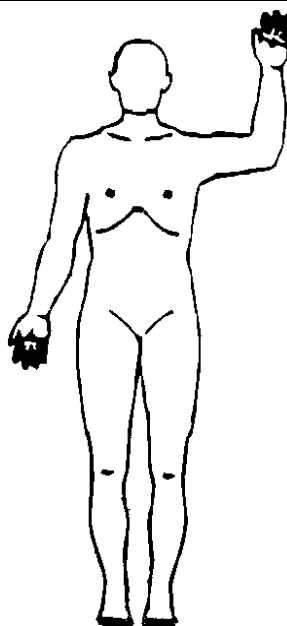
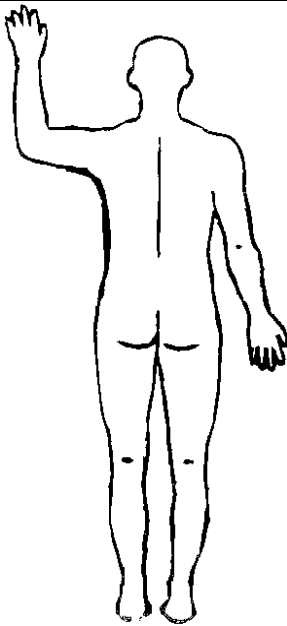
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangramento | 7. Arritmias |
| 2. Pneumotórax | 8. Lesão de órgãos abdominais |
| 3. Parada cardiorrespiratória | 9. Enfisema subcutâneo |
| 4. Síncope | 10. Edema de Pulmão reacional |
| 5. Hemotórax | 11. Dispnéia |
| 6. Necessidade de cirurgia | 12. Óbito |

CBHPM - 3.08.04.01-9

CID - J91.X C39.9

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:	
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:	



	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL	TER 252/01 NSA/ESP Implantação: 09/2011 1ª Revisão: 02/2018
---	---	--

Infecção relacionada à assistência à 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, comprometendo-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
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente
Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica - Art. 22º. 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. 34º. 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.