	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PLASMAFERESE	TER 094/00 GEQ/ESP Implantação: 09/2011
---	--	--

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 “**PLASMAFERESE**”, 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: trata-se, a maioria das vezes, de doenças neurológicas com componente auto-imune (Guillain-Barré, miastenia gravis, polineuropatia crônica desmielinizante), doenças hematológicas (púrpura trombocitopênica trombótica), quadros de hiperviscosidade sanguínea, e algumas situações de mais rara ocorrência.

PROCEDIMENTO: através de uma máquina processadora de sangue, por um cateter de duplo lúmen previamente inserido em uma veia calibrosa do paciente, será feita a centrifugação e retirada de plasma e concomitantemente a reposição de solução de albumina ou plasma fresco congelado, conforme indicação.

SOLUÇÃO UTILIZADA: exceto na Púrpura Trombocitopênica Trombótica, em que será utilizado plasma fresco congelado para substituir o plasma retirado, nas demais doenças será uma solução de albumina a 5%.

COMPLICAÇÕES:

1. Infecção no local da inserção do cateter.
2. Diminuição dos níveis de medicamentos previamente administrados.
3. Hipocalcemia: com tremores, náuseas e hipotensão e até mesmo parada cardiorespiratória.
4. Hipovolemia.
5. Reações ao líquido de reposição (ex: alergia).
6. Anemia decorrente de perda ou fragmentação de glóbulos vermelhos na máquina processadora.

CBHPM - 4.04.03.30-0 / 4.04.02.01-0


CID - D69-4 / D77 / G70-0 / G61-0 / G61-8

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%

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PLASMAFERESE	TER 094/00 GEQ/ESP Implantação: 09/2011
---	--	--

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
Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Medico 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.