

## TCLE\* – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM GERAL

\*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento  ao qual serei submetida, declarando ainda, 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, o Dr.(a) , inscrito no CRM sob o n.º  a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

### DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:

### POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

**DESCRIÇÃO ANESTÉSICA:** Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

**DECLARO AINDA QUE:**

- 1) O médico acima indicado, forneceu-me todas as explicações e informações relacionados ao procedimento cirúrgico/exame a que serei submetido (a), cientificando-me sobre todas as etapas inerentes ao procedimento
- 2) Estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente
- 3) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 4) Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, nem de cura, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.
- 5) Autorizo a realização exames complementares e biopsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 6) Concordo expressamente com a execução de fotografias, filmagens, gravações, raios-x e outros serviços afins do procedimento cirúrgico, destinados ao estudo médico e autorizo, desde já, a exibição do material em palestras, congresso, jornadas e eventos médicos-científicos, desde que seja preservada minha identidade.
- 7) Concordo que, sendo necessário, em caso de difícil conclusão diagnóstica, o material coletado para exame, poderá ser enviado para laboratórios de consultoria no Brasil e no exterior.
- 8) Declaro, por fim, que em relação ao exame, estou ciente que caso haja material remanescente após análise e armazenamento seguindo prazos previstos no Programa de Acreditação e Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (PACQ-SBP), o material será descartado
- 9) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado o acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais exames porventura existentes.
- 10) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca,  de  de

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

**PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:**

(  ) Afirmo que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou seu responsável, todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

(  ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:

CRM:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO:

CRM: