TCLE* – APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA
*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 Cirúrgico de **APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA** ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dou plena autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____, a realizar o procedimento acima indicado e todos os que se incluam e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: A apendicectomia videolaparoscópica é a cirurgia minimamente invasiva para o tratamento da apendicite aguda por meio da remoção do apêndice cecal, utilizando microcâmera e instrumentos introduzidos por pequenas punções (portais ou trocartes) na parede abdominal, sob insuflação de gás (pneumoperitônio). O objetivo é eliminar o foco inflamatório ou infeccioso com menores incisões, menos dor no pós-operatório e retorno mais precoce às atividades. Em casos de dificuldades anatômicas, aderências graves, hemorragia de difícil controle ou inflamação intensa, pode haver necessidade de conversão para cirurgia aberta (laparotomia).

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 1. Necessidade de conversão para cirurgia convencional aberta (laparotomia) / **2.** Infecção do sítio cirúrgico (portais) ou abscesso intra-abdominal ou pélvico / **3.** Peritonite / **4.** Sangramento ou formação de hematoma intra-abdominal ou na parede abdominal / **5.** Fístula estercorácea, com vazamento de secreção do coto apendicular ou do ceco / **6.** Lesão inadvertida de vasos sanguíneos, bexiga ou alças intestinais durante a punção dos trocartes ou a dissecção / **7.** Enfisema subcutâneo, dor no ombro ou desconforto diafragmático decorrente do pneumoperitônio / **8.** Íleo paralítico ou obstrução intestinal por bridas / **9.** Hérnia nos orifícios dos trocartes / **10.** Trombose venosa profunda e embolia pulmonar / **11.** Complicações inerentes à anestesia geral, como reações alérgicas, hipotensão, arritmias e aspiração traqueal / **12.** Septicemia nos casos de apendicite complicada / **13.** Cicatrizes com formação de queloides.

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. Os índices de infecção aceitos seguem o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance):

1. Cirurgias limpas – 2%: Não apresentam processo infeccioso/inflamatório e sem penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%: Necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
3. Cirurgias contaminadas – 20%: Realizadas em tecidos traumatizados/abertos, com inflamação aguda e grande contaminação do tubo digestivo;
4. Cirurgias infectadas – 40%: Realizadas na presença de processo infeccioso ativo (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA:
Anestesia Geral

(Vide também termo próprio: TCLE - ANESTESIA E SEDAÇÃO).

CIÊNCIA SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS PARA FINS ASSISTENCIAIS

Declaro estar ciente de que meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, incluindo dados relacionados à saúde, poderão ser tratados pelo São Joaquim Hospital e Maternidade para finalidades relacionadas à prestação da assistência à saúde, incluindo identificação, atendimento assistencial, diagnóstico, realização de procedimentos, registro e manutenção do prontuário, continuidade do cuidado, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, faturamento, auditoria, relacionamento com operadoras de planos de saúde, quando aplicável, e exercício regular de direitos.

O tratamento poderá envolver, quando necessário, o compartilhamento de dados com profissionais de saúde, equipe assistencial, setores internos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, prestadores de serviços e fornecedores contratados, operadoras de planos de saúde, autoridades públicas e órgãos reguladores, observadas as finalidades do tratamento, os princípios da necessidade e da segurança e as bases legais aplicáveis previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD.

Informações adicionais sobre o tratamento de dados pessoais, incluindo os direitos dos titulares, prazos de retenção, compartilhamentos, medidas de segurança e canal de contato com o Encarregado pelo Tratamento de Dados Pessoais (DPO), estão disponíveis na Política de Privacidade de Dados e Segurança da Informação da Unimed Franca, acessível em: https://www.unimed.coop.br/site/web/franca/politica-de-privacidade.

Estou ciente de que o tratamento dos meus dados pessoais poderá ocorrer independentemente de consentimento quando necessário à prestação da assistência à saúde, à formação e manutenção do prontuário, ao cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, ao exercício regular de direitos ou nas demais hipóteses previstas em lei. Para fins assistenciais, destaca-se a base legal da tutela da saúde, prevista nos arts. 7º, VIII, e 11, II, “f”, da Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

DECLARO AINDA QUE:

1. Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que, se durante a operação houver intercorrência inesperada, necessidade de conversão para cirurgia aberta ou de outro procedimento não planejado, autorizo a equipe médica e anestésica a adotar as condutas necessárias em benefício da minha saúde.
2. Declaro ter sido esclarecido(a) acerca da possibilidade dessas condutas e de suas respectivas implicações, concordando com sua realização quando necessárias para o tratamento da condição identificada e para a preservação da minha vida e saúde, observados os limites éticos e técnicos da atuação médica.
3. Autorizo a realização de exames complementares e biópsias do material coletado na cirurgia, visando ao esclarecimento diagnóstico e ao benefício terapêutico.
4. Declaro não ter omitido informações sobre meu histórico de saúde. Este documento integrará meu prontuário, ficando autorizada a consulta a exames anteriores quando necessário.
5. Confirmo que tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas com a equipe médica em linguagem compreensível, SALVO em casos emergenciais.
6. DECLARO, 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, e que mesmo estando plenamente satisfeito (a) com as

informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento seja iniciado, sem qualquer penalização ou sem prejuízo ao meu cuidado.

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

Franca, _____ de _____ de 20____.

_____
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

( ) Expliquei todo o procedimento, seus benefícios, riscos, alternativas e a possibilidade de conversão para cirurgia aberta ao paciente/responsável. De acordo com meu entendimento, está em condições de compreender as orientações.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado previamente, 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:_____