

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido (a) em, ___/___/___ 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 a equipe do Hospital Unimed - Chapecó, representada no momento pelo, 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:

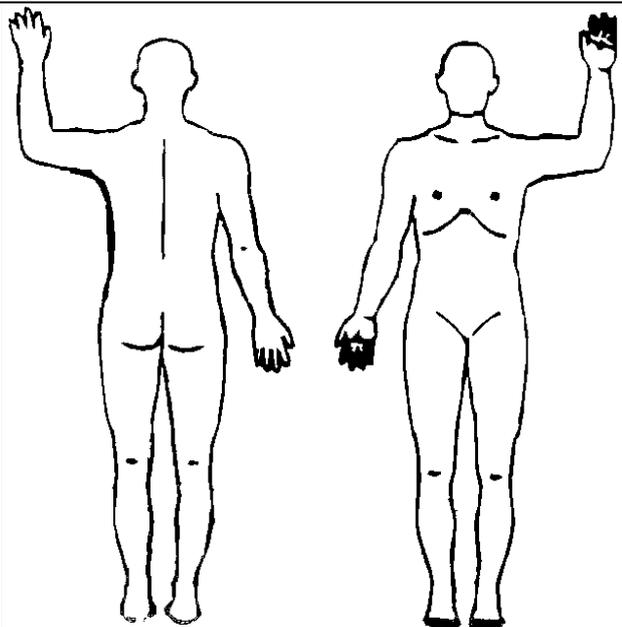
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Sangramento | 7. Arritmias |
| 2. Pneumotórax | 8. Lesão de órgãos abdominais |
| 3. Parada cardiorrespiratória | 9. Enfisema subcutâneo |
| 4. Síncope | 10. Edema de Pulmão reacional |
| 5. Hemotórax | 11. Dispnéia |
| 6. 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: | IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO:  |
| LADO DIREITO | LADO ESQUERDO |
| <input type="checkbox"/> Olho direito | <input type="checkbox"/> Olho esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Orelha direita | <input type="checkbox"/> Orelha esquerda |
| <input type="checkbox"/> Pulmão direito | <input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Ombro direito | <input type="checkbox"/> Ombro esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Braço direito | <input type="checkbox"/> Braço esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Antebraço dir. | <input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual: | <input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual: |
| <input type="checkbox"/> Mama direita | <input type="checkbox"/> Mama esquerda |
| <input type="checkbox"/> Rim direito | <input type="checkbox"/> Rim esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Glúteo direito | <input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Coxa direita | <input type="checkbox"/> Coxa esquerda |
| <input type="checkbox"/> Perna direita | <input type="checkbox"/> Perna esquerda |
| <input type="checkbox"/> Joelho direito | <input type="checkbox"/> Joelho esquerdo |
| <input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual: | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual: |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TORACOCENTESE E BIÓPSIA PLEURAL | TER.ESP.0252/03 Implantação: 09/2011 3ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

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 responsável pela aplicação
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.