	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA	TER.ESP.0359/01 Implantação: 02/2017 1ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO
--	--	---

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 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 “**CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA**”, 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 art. 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:

1. Foi informado(a) e está ciente que o(a) Paciente é portador(a) de _____, diagnosticado por videocolonoscopia ou ressonância magnética ou tomografia e confirmado por biópsia (em caso de suspeita de neoplasia).

2. Foi informado(a) e está ciente de que a CIRURGIA a ser executada é um procedimento invasivo, de grande complexidade, contando com a participação de vários profissionais médicos e paramédicos, exigindo cortes cirúrgicos específicos, com dimensões diversas, sendo utilizado bisturi elétrico para cauterização de tecidos, além de diversos equipamentos inclusive para monitorização das funções vitais.

3. O Médico explicou os riscos e complicações do procedimento e informou sobre outros tratamentos alternativos, tendo entendido tratar-se de um ato médico realizado sob anestesia, pela equipe de Cirurgia, sempre de acordo com a avaliação médica de cada caso.

4. Foi explicado que o procedimento implica riscos de ordens e graus variados e não há garantia, nem promessas quanto ao resultado deste ato médico. Podem ser graves e inesperados, bem como complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos, anestesia e outros, podendo incluir, mas não se limitando a: possibilidade de isquemia periférica, problemas cardíacos (baixo débito, arritmias, bloqueios átrioventriculares, infartos, dissecação aguda da aorta); sangramento; reações secundárias; coágulos; perda de sensibilidade; paralisias; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fístulas e deiscência de suturas; deficiências protéticas; anemia; tromboembolismo venoso (TEV); fraturas associadas; alterações (embolia) pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); alterações vasculares com possibilidade de falência múltipla de órgãos; falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbito (úlceras de pressão); discrasias sanguíneas e hemorrágicas; lesões (temporárias e/ou definitivas) das funções; queimaduras do bisturi elétrico; equimoses, hematomas, hemorragias, infecções (locais e gerais), necroses de tecidos; alterações neuromusculares; problemas vasculares; reações alérgicas de maior ou menor intensidade; queloides e cicatrizes hipertróficas além de alterações de coloração das mesmas, e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) proposto(s), inclusive, a morte. As complicações podem ser imediatas ou aparecerem após meses e anos, permanência no hospital superior à prevista, transfusão de sangue e necessidade de outras intervenções cirúrgicas.

5. Poderá ser necessária a colostomia (intestino na parede abdominal) temporária ou permanente; ocorrerem infecção urinária; alterações urinárias tardias (como incontinência); pneumonia; trombose de pernas; peritonite; impossibilidade de ressecar a lesão e até mesmo óbito (morte).

6. É entendido que estes riscos são decorrência do próprio procedimento, bem como das doenças de base e das condições pessoais do(a) Paciente, sendo esclarecido que quaisquer outros riscos adicionais podem ocorrer, especialmente em razão de, para citar algumas; idade avançada, doença arteriosclerótica, hipertensão arterial, disfunção hepática, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca descompensada aguda, presença de coágulos no coração ou outros locais, doenças pulmonares agudas ou crônicas, uso prévio de antiarrítmicos, portadores de marcapassos cardíacos ou outros dispositivos elétricos, tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA
CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA**

TER.ESP.0359/01
Implantação: 02/2017
1ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITO

7. É compreendido que durante o transcurso do procedimento, operação, exame ou tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos / instrumentos de observação invasivos. Foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento.

8. Está claro e entendido que os medicamentos que o (a) Paciente terá que tomar podem ocasionar complicações e provocar reações diversas, inclusive adversas no organismo do (a) paciente. Assim, é entendido que o (a) Paciente e/ou Responsável deve (m) informar ao seu Médico o uso de qualquer medicamento que está consumindo, incluindo, dentre outros, aspirinas, medicamentos para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão ou outras drogas.

9. Está claro que durante o procedimento podem surgir certas condições que requeiram a modificação ou extensão deste consentimento. Pode ser necessário fracionar o procedimento cirúrgico em etapas, ou mesmo haver mudança da técnica cirúrgica proposta no presente termo, ou até a suspensão da cirurgia em razão de variantes surgidas no pré ou no trans-operatório, variantes essas que podem não ser detectadas na avaliação pré-operatória, como por exemplo, febre, jejum inadequado, complicações anestésicas variações anatômicas, etc. Neste ato são autorizadas as modificações ou extensões a este consentimento segundo o juízo profissional do médico assistente, o(a) cirurgião(a), o(a) anestesiológico(a) e toda sua equipe, de acordo com as circunstâncias e as necessidades.

10. Para acompanhar a evolução do(a) Paciente, é necessária a realização de exames laboratoriais, radiológicos, de medicina nuclear, entre outros. Após a alta médica é programado um controle periódico para acompanhamento do(a) paciente. No Centro de Tratamento Intensivo os sinais vitais serão monitorados por equipamentos e procedimentos necessários para o tratamento, podendo determinar riscos adicionais àqueles já mencionados.

11. Foi informado(a) pelo seu médico e está plenamente ciente de que o tratamento proposto e autorizado necessita de acompanhamento e cuidados pré e pós-operatórios que deverão ser seguidos, assumindo o compromisso de cooperar com o médico responsável pelo tratamento. Devem ser aceitas e seguidas as determinações médicas (orais ou escritas), pois se não for feita a parte do(a) Paciente ficará comprometido o trabalho do(a) profissional médico, além de pôr em risco a saúde e o bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes no(a) paciente.

12. Foi informado(a) pelo seu médico e está ciente de que o(a) Paciente ficará com uma cicatriz que decorre de toda intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica, que não são estéticas e, independem da habilidade do meu médico, visto que dependem das características pessoais do(a) paciente.

13. Sendo o momento oportuno, o paciente, pessoalmente ou seu representante legal, livre e espontaneamente, solicita (m) as seguintes informações: _____

14. O(A) Paciente e/ou seu Representante obteve oportunidade para preencher todos os espaços em branco, sendo que os campos não utilizados foram riscados pelo mesmo e, neste ato declara que as perguntas referentes ao procedimento e aos riscos envolvidos foram satisfatoriamente respondidas e que estão cientes e de acordo com o(s) local (is) da cirurgia.

15. Por meio deste Termo é dado o consentimento e a autorização para transfusão ou administração de sangue ou seus componentes, assim como de medicamentos durante a cirurgia ou hospitalização, quando os médicos assistentes entenderem necessário.

16. É autorizado, ainda, o registro (foto, som, imagem, etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.

17. Houve ampla oportunidade para perguntar sobre todas as questões pertinentes ao procedimento, tendo sido todas elas respondidas de forma completa e satisfatória.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA
CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA**

TER.ESP.0359/01
Implantação: 02/2017
1ª Revisão: 09/2022
Classificação: RESTRITO

18. É entendido todo o conteúdo deste Termo, estando o paciente de acordo com suas disposições, razão pela qual dá seu consentimento para o procedimento. Também é reconhecido que, como a medicina, a execução do procedimento não é uma ciência exata e que nenhuma pessoa fez qualquer promessa ou deu garantias quanto ao resultado do ato médico, como em aparência de idade ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

19. É entendido que na preparação para o procedimento operatório e no período pós-operatório imediato poderá ser necessário modificar as instruções do paciente.

20. O(A) Paciente e/ou seu Representante obteve oportunidade para preencher todos os espaços em branco, e, neste ato, declara que as perguntas referentes ao procedimento e aos riscos envolvidos foram satisfatoriamente respondidas.

21. A assinatura no presente documento representa seu consentimento na realização da intervenção cirúrgica, sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar.

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, 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. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica - Art. 22. 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.

	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA COLOPROCTOLÓGICA	TER.ESP.0359/01 Implantação: 02/2017 1ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO
---	--	---

Art. 34. 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.