Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Varizes

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome do Médico:	**CRM:**
Unidade de Saúde Onde se realiza o procedimento:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	**Data Nasc.:**
Endereço:	**Telefone:**
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (NO CASO DE PACIENTE MENOR DE IDADE, INCAPACITADO DO DISCERNIMENTO OU QUE, CONFORME A EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, VIER A FICAR INCAPACITADO).	
Nome:	
Endereço:	**Telefone:**
CPF:	**RG:**

Por este instrumento particular o (a) paciente descrito acima ou seu responsável, 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-_____para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **"Cirurgia de Varizes"**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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 no 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:

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior(es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante.
Indicações: a cirurgia é indicada para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sangüíneo.
Tipos de tratamento Cirúrgico: As cirurgias indicadas são: sofenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa externa), ligadura de perfurantes e exérese de veias varicosas

COMPLICAÇÕES:

Equimoses difusas (roxos); Hematomas: (coleções localizadas de sangue); Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); Aparecimento de telangectasias (microvarizes); Sangramento ao nível das incisões; Edema (inchaço) pós-operatório; Flebite de uma veia superficial; Linforréia (secreção de linfa pela cicatrizes); Linfocele (pequeno nódulo); Linfedema: (inchaço persistente), Lesão de nervos (é relativamente freqüente); Infecção; Lesões arteriais; Lesões de grandes veias; Trombose venosa profunda; (formação de coágulos de sangue nas veias profundas); Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão) ı Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), Embolia pulmonar e morte (óbito).

CBHPM – _____
CID- _____

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 o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providencias necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstancias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Foi informado e compreendeu que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declara que nada omitiu em relação a saúde e que esta declaração passará a fazer parte da clínica, como também ficará na guarda pessoal do (a) médico (a) assistente, 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 ao acesso a ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes. Assim, tendo conhecimento, autoriza a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assina o presente termo, recebendo cópia.

Barra do Piraí-RJ,_____de_____de 20___.

_____

(Assinatura do(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento.

_____

(Assinatura do responsável)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Barra do Piraí-RJ,_____de_____de 20___.

_____

Carimbo e assinatura do(a) médico(a) responsável

1º via: Médico responsável | 2º via: Hospital (entregar na internação) | 3º via: Paciente

---

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.

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.