



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Amputação de Membro

24 horas



| IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Nome do Médico: | CRM: |
| 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 "Amputação de Membro", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Autoriza que qualquer órgão ou tecido removido ou cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Autoriza também a realização de fotos e/ou vídeos, para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilos impostos da legislação vigente.

Dúvidas quanto a AMPUTAÇÃO DE MEMBROS

- O que significa? É a retirada parcial ou total de membro(s);
- Quais são as indicações mais comuns? Em casos de arteriosclerose ocliterante periférica, doenças arteriais inflamatórias, infecção periférica (principalmente diabéticos), trauma;
- Quais são os riscos mais comuns? Infecção (principalmente por deficit circulatório), necrose de coto, neuromas (pequenos nódulos no local do corte do nervo), causalgia (dor no coto), dor no membro fantasma, possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz grosseira) e sangramento com necessidade de transfusão sanguínea.

Declara, outrossim, que o(a) médico(a) acima nomeado, 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:

Procedimento Cirúrgico de Amputação do Membro _____ **ao nível** _____
Lateralidade: () Direito () Esquerdo () Bilateral

- Esta ciente da gravidade da sua patologia e que a amputação do(s) membro(s) é necessária para a melhoria da qualidade do seu tratamento ou da sua saúde.
- O membro acima identificado é o membro correto para ser amputado, sendo que eu, ao final assinado, tive oportunidade de revisar a indicação de amputação do determinado membro e de expressar eventual contrariedade, se de fato houvesse.
- Está ciente que a amputação do membro do organismo do paciente implica na impossibilidade de reutilização deste membro amputado sob qualquer pretexto.
- Está ciente que a NÃO REALIZAÇÃO da amputação pode desencadear processo infeccioso grave no organismos do paciente que, ao final, pode levá-lo ao ÓBITO ou pode desencadear outros agravos de saúde com diversas consequências, também desfavoráveis à saúde do paciente.
- Está ciente e:
 - () **AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO AMPUTADO** pelo hospital, seguindo as normas sanitárias e ambientais vigentes.
 - () **NÃO AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO** pelo hospital, assumindo por sua conta e risco o dever de proceder ao descarte do membro amputado, bem como assumindo de modo exclusivo e integral a responsabilidade civil, sanitária, ambiental e penal pela realização correta do descarte do membro amputado, conforme legislação vigente.
- O procedimento cirúrgico de amputação foi explicado previamente de forma clara pelo médico, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis.
- Está ciente que poderão ocorrer sangramento no local da amputação, infecções (inclusive, grave – sepse, infecção severa e generalizada), abertura de pontos, problemas cardiovasculares e respiratórios, arritmias, dor, cicatriz com aspecto indesejado, perda ou redução de capacidade motora, perda ou redução de capacidade para o trabalho, entre outras complicações mais raras e complexas.

8. Está ciente de que necessita cumprir integralmente as orientações médicas que foram prescritas e de que deve buscar imediatamente atendimento médico caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura de pontos, dor e outros.
9. Foi informado dos cuidados pós-cirúrgicos de proteção e de higienização do local da ferida operatória, bem como que foi cientificado de que necessita evitar movimentos e esforços físicos pós-cirurgia, sendo que a retomada das atividades físicas normais somente será possível quando houver expressa autorização médica para isso.

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 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 providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias 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

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.