

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA ISQUÊMICA ATEROSCLERÓTICA DO MEMBRO SUPERIOR

Por este instrumento particular o(a) paciente _____, 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 “ _____ ”, sou portador (a) de aterosclerose periférica. A doença ocasiona um entupimento progressivo das artérias que levam o sangue para as mãos, esta falta de sangue pode ocasionar trombose (formação de um coágulo sanguíneo em uma veia) e perda (amputação) das mãos ou braços.

O tratamento recomendado para essa doença é com cirurgia ou angioplastia com stent. Ambos os tratamentos visam a corrigir a estenose (estreitamento) das artérias impedindo sua obstrução. Os riscos de receber o tratamento com a utilização de angioplastia com stent são: a conversão para o tratamento cirúrgico, ou mesmo a morte. A equipe de médicos que fará o implante do stent é especializada em cirurgia vascular e tem experiência tanto para implantar como para tratar possíveis complicações. Os riscos de se tratar à doença obstrutiva periférica, quaisquer que sejam, serão muito menores do que a não realização do tratamento.

Será fornecido o melhor tratamento disponível para meu caso, mas estou ciente que todo tratamento médico envolve também a resposta individual de cada organismo (corpo).

A manutenção do hábito de fumar ocasiona menor taxa de sucesso no tratamento e menor durabilidade do bom resultado após a operação, assim é muito importante que eu siga as recomendações de não fumar, tome os remédios indicados controlando minhas doenças e realize os exames e retornos regularmente.

Confirmando que o presente Termo de Consentimento foi lido, para que ele produza seus efeitos.

Aceito realizar o procedimento cirúrgico Não aceito realizar o procedimento cirúrgico

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Paciente Responsável

CPF (Responsável): _____ Grau de parentesco: _____

Paciente com acompanhante: Sim Não

Acompanhante ciente: _____ CPF (Acompanhante): _____

ESPAÇO DE PREENCHIMENTO DO MÉDICO CIRURGIÃO:

Através desta consulta foi explicado ao paciente e/ou responsável os benefícios, riscos e alternativas de tratamento e a necessidade de procedimento cirúrgico. Assim, dada a oportunidade de se fazer perguntas e esclarecidas as dúvidas, tudo foi compreendido plenamente.

Não foi possível a coleta deste Termo, tratar-se de situação de Emergência.

Assinatura médico cirurgião

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.