

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Cirurgia de Coluna)

Procedimento:

Identificação do Paciente:

Nome: _____
Nome da Mãe: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
CPF: _____
RG: _____

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 do Responsável: _____
CPF: _____
RG: _____

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90, Código de Defesa do Consumidor, **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado _____, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores, Itabira MG

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09, Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

RISCOS: 1. Infecção superficial e profunda. 2. Hematoma em ferida operatória. 3. Diminuição de força em membros inferiores (superiores quando cervical). 4. Dormência em pernas (membros superiores-quando cervical). 5. Alterações urinárias. 6. Paraplegia (tetraplegia quando cervical). 7. Necessidade de reoperação. 8. Deiscência de ferida operatória. 9. Lesão de dura mater com fístula liquórica. 10. Hematoma intracanal com compressão medular. 11. Dor na retirada do enxerto quando necessário. 12. Cicatrização com quelóide. 13. Soltura e/ou quebra de material quando utilizado. 14. Embolia pulmonar. 15. Trombose venosa profunda. 16. Sangramento com necessidade de transfusão.

Estou ciente que além dos riscos e complicações descritas acima, em procedimentos médicos invasivos como o proposto, pode haver também risco de morte.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: O tratamento cirúrgico foi indicado como melhor alternativa frente aos riscos trazidos pela doença e suas abordagens. Para essa indicação foram avaliadas outras vias de acesso e realização do procedimento de fusão e essa via apresenta melhor potencial de efetividade terapêutica com menor risco associado.

BENEFÍCIOS: Tratamento e melhora da qualidade de vida

Declaro que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o paciente será submetido, exceto em casos emergenciais.

Tendo sido informado acerca dos tratamentos alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

Declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

Para realizar o procedimento proposto, será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anesthesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

Declaro esta ciente que poderá ser necessária a administração de sangue e seus componentes. A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispnéia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

Para a realização do procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que fiquem sobre pressão. Com

objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do paciente, poderão ser administrados fármacos para controle dor.

Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde da instituição.

Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao (a) meu/minha médico(a) e assine a revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento acima proposto.

Certifico que li este termo, o que foi explicado para mim, pelo médico e sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional.

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Itabira, ____ de _____ de ____

Assinatura do Paciente

Assinatura do Responsável

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

Assinatura do Médico Assistente e carimbo