

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Procedimento: Tratamento Cirúrgico das Síndromes Compressivas Nervos Periféricos Superiores/Tratamento Cirúrgico das Neuropatias Compressivas

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 Tratamento Cirúrgico das Síndromes Compressivas**, 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 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o procedimento, 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:

DIAGNÓSTICO: Neuropatia Compressiva dos Nervos Periféricos Superiores.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: A cirurgia tem o objetivo de descomprimir o nervo afetado e/ou retirar a tumoração que está gerando a dor ao nível do punho, cotovelo e/ou mão e abertura dos focos de compressão .

LATERALIDADE: () Direito () Esquerdo () Bilateral

RISCOS, COMPLICAÇÕES: Risco de infecção, parestesia (dormência) residual, dor neuropática, rigidez, síndrome dolorosa regional complexa, limitação parcial da amplitude de movimentos, edema (inchaço), possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira); dor na região cicatricial, neurite adesiva, limitação da força de preensão, deiscência da ferida e óbito.

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: Tratamento conservador com infiltração local com corticóide, uso de órtese, fisioterapia.

Declaro, adicionalmente, que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas junto a equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao procedimento 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 apresentadas acima, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

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.

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.

Para realizar o procedimento proposto, será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológista; 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.

Para a realização do procedimento, será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico, e em determinadas situações, utilizar dispositivos de fixação, os quais são fundamentais para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica com precisão. Devido à imobilização do paciente e ao uso desses fixadores, poderão ocorrer, durante o procedimento, marcas, lesões ou hematomas nas áreas do corpo que ficarem sobre pressão. Com intuito de reduzir esses riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos.

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.

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

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

Certifico que li este termo, o que qual me foi explicado pelo médico e por sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem acessível e que compreendo e concordo com todas as informações que me foram prestadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira 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