HOSPITAL SÃO JOSÉ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações) relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital São José de Criciúma, SC. Ressalta ainda que, caso paciente seja criança, adolescentes menores de 18 anos, portadores de doenças físicas ou mentais que comprometam o entendimento, pessoas inconscientes ou severamente debilitadas, a responsabilidade de autorização será do pai ou mãe ou responsável legal.

Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59 do Código de Ética Médica e no art. 9 da Lei 8.078/90 - abaixo transcritos - e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico a seguir citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente os que se seguem.

Dados do Paciente	
Nome do Paciente:	Data de Nascimento: ___/___/___
Nome da Mãe:	
Endereço:	
CPF:	

Identificação do Responsável (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).
Nome do Responsável:
Endereço:
CPF:

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A doença do Refluxo gastro-esofágico acontece quando o ácido ou comida do estômago volta para o esôfago, garganta ou boca.

INTERCORRÊNCIAS POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO

1. Necessidade de conversão para cirurgia aberta;
2. Formação de hérnia no local das incisões;
3. Risco de perfuração do estômago e esôfago;
4. Dificuldade para engolir alimentos;
5. Recidiva da doença;
6. Embolia pulmonar em geral muito grave podendo levar a óbito;
7. Pneumotórax; 8. Perfuração do esôfago;
9. Gastrostomia;
10. Risco de infecção;
11. Outra (s):_____

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

A portaria nº 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a

CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS Nacional Nosocomial Infectors Surveillance - Vigilância Nacional de Infecção, órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgia Limpas 2%, Cirurgias Potencialmente Contaminadas 10%, Cirurgias Contaminadas 20%, Cirurgias Infectadas 40%. Mesmo tomando todas as medidas possíveis para prevenção esse risco existe e deve ser considerado.

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. O procedimento cirúrgico poderá ser cancelado:
- Se o paciente não comparecer ao hospital na data e horário estabelecido previamente, bem como na falha do preparo pré-operatório;
- Na falta de hemocomponente e ou vaga de UTI na qual a cirurgia proposta tenha indicação médica;
- Paciente que na data da cirurgia não apresentar condições clínicas para realizar o ato anestésico e/ou cirúrgico;
- Não autorização do procedimento pelas operadoras de saúde;
- Eventuais problemas com o material solicitado pelo cirurgião;
- A cirurgia também poderá ser remarcada em caso de ausência de sala devido a cirurgias de emergência imediata ou por complicações de paciente no trans operatório;
- Motivos de força maior (greve, epidemia, pandemia, entre outros);
- Algum fato justificável que tenha por objetivo conferir segurança ao paciente.
5. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, poderá ser necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas.
6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
8. Confirmo que recebi explicações, as quais foram esclarecidas de forma transparente e precisa, li, compreendo e concordo com tudo que me foi explicado e que me foi concedida a oportunidade de livremente e com autonomia anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.
9. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Diante de todas as informações supracitadas, caso o procedimento venha ter alguma complicação que precise ser tomada medidas emergenciais como: risco iminente de morte, é de livre consentimento e autorização que a equipe médica assuma com as medidas cabíveis para sobrevida do paciente.
( ) Sim ( ) Não

Nome do Paciente e/ou Responsável: _____

Nome/Assinatura do médico: _____
CRM: _____
(Se documento não assinado digitalmente)

Criciúma, _____ de _____de _____