



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

TCIE – Termo de Consentimento
Informado e Esclarecido

Cod: TCIE – DM- GE- 001

Setor: GERENCIA DE ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

PACIENTE

Nome: _____ DN: ____/____/____

Nome da Mãe: _____ CPF/RG: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTAÇÃO/RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____ Idade: _____

CPF/RG: _____ Grau de parentesco: _____

1. O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL LEGAL acima identificado, DECLARA QUE, em pleno gozo de suas faculdades mentais, AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) em benefício do paciente: _____

2. Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(oram) explicado(s) previamente de forma clara pelo médico e equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da patologia diagnosticada.

3. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

4. Estou ciente de que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente: a) *nos casos de Anestesia Regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.* b) *Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.* c) *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

5. Fui informado sobre o risco de contrair INFECÇÃO posterior a realização de um procedimento cirúrgico, compreendendo que a origem de tal infecção não necessariamente pode estar relacionada com uma ação ou omissão realizada antes ou durante o procedimento cirúrgico; ou seja, entendi que a infecção pode estar relacionada a fatores alheios a tudo isso, como, por exemplo: já estar previamente presente no organismo do paciente; no ambiente externo ao hospital que o paciente frequenta; decorrer de uma ação ou omissão do próprio paciente no cuidado pós-operatório; se desenvolver a partir de uma condição favorável (baixa imunidade) do paciente; dentre outras hipóteses previstas na literatura médica. Fui esclarecido que os índices de infecção em ambiente hospitalar aceitos no Brasil e seguidos por esta instituição são estabelecidos através de parâmetros da ANVISA. Portanto, compreendi que a origem da infecção nas hipóteses acima destacadas pode ocorrer independente de uma ação ou omissão do hospital ou de algum de seus profissionais; isto é, pode ocorrer como risco inerente à mera realização do procedimento cirúrgico.

Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente (no seu organismo). Além disso, fui informado que também há risco maior de ocorrência de infecção em pacientes vítimas de acidente de trânsito ou que estiveram em contato prévio com sujeira.

Fui orientado que, independente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, caso tiver, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

6. Fui informado que são riscos associados direta ou indiretamente a todo procedimento cirúrgico: *possibilidade de isquemia periférica, problemas cardíacos (baixo débito, arritmias, bloqueios atrioventriculares, infartos, dissecação aguda da aorta); infecções (inclusive grave – sepse); sangramento; reações secundárias; coágulos; perda de sensibilidade; perda de funcionalidade das extremidades;*



**TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO E ESCLARECIDO
PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

TCIE – Termo de Consentimento
Informado e Esclarecido

Cod: TCIE – DM- GE- 001

Setor: GERENCIA DE ENFERMAGEM

paralisias; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fistulas e abertura de suturas; deficiências protéticas; anemia; tromboembolismo venoso (TEV); fraturas associadas; rigidez articular que pode dificultar a marcha; sangramento; aumento da pressão dos compartimentos dos membros inferiores e superiores com consequente compressão vascular; alterações pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); alterações vasculares com possibilidade de falência múltipla de órgãos; falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbitos (úlceras de pressão); discrasias (alteração) sanguíneas e hemorrágicas; lesões (temporárias e/ou definitivas) das funções; evento tromboembólico; cessação, alteração ou dificuldade de movimentos; perda ou alteração de força de membro; lesão vasculo-nervosas; instabilidade ou deslocamento de prótese; queimaduras do bisturi elétrico; cicatriz no local da incisão ou dos pontos; lesão em órgão ou nervo; perda ou redução da capacidade de locomoção ou para o trabalho; amputação de membro, e, inclusive, risco de MORTE/ÓBITO.

7. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

8. Fui orientado ainda sobre: _____

9. Caso necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

10. Autorizo a equipe de Enfermagem e Médica do Hospital Ana Nery a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos e periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisa clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

10. Sei que mantenho o direito de revogar a qualquer momento este Termo de Consentimento pós-informado, antes que o procedimento objeto deste documento tenha se realizado, sem impedimento de buscar tratamento médico futuro.

11. Declaro que me foram fornecidas todas estas informações, verbalmente e por escrito, em linguagem dentro dos limites de minha compreensão, e que todas as dúvidas em relação ao procedimento foram esclarecidas.

12. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, AUTORIZANDO a realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) acima especificado(s) e assumindo previamente esclarecido os risco inerentes a realização deste(s).

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde presentes e passadas, doenças, medicações as quais sou alérgico e medicações das quais faço uso contínuo ou eventual, hábitos (como tabagismo, uso excessivo de cafeína, bebida alcoólica ou drogas), experiências clínicas e cirúrgicas minhas e de meus familiares, sem nada ocultar, ciente de que qualquer omissão poderá trazer prejuízos e comprometer o resultado da cirurgia.

Santa Cruz do Sul, _____ / _____ / _____

Nome legível

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Nome legível

Assinatura Médico