

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____

e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

Declara, outros, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos

a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

- Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível.
- Poderá haver **inchaço (edema)** na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses.
- Poderão haver **manchas na pele** que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes.
- Poderá haver **descoloração ou pigmentação cutânea** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes.
- Eventualmente, **líquidos, sangue e/ou secreções** podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico.
- Poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, e que é variável de paciente a paciente.
- Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;
- Poderá ocorrer dor **pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;
- Toda cirurgia pode necessitar, eventualmente, de **revisões cirúrgicas**- REFINAMENTOS, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado funcional e/ou estético.
- Apesar de todos os esforços da equipe médica, não há garantia quanto a cura para a doença atual, assim como não há garantias de que o tratamento acima proposto não venha a gerar consequências físicas ou psíquicas.
- A reconstrução que talvez venha a ser necessária após a ressecção cirúrgica oncológica tem caráter reparador, visando melhorar as alterações decorrentes da cirurgia oncológica. Assim sendo, a cirurgia reparadora não tem caráter estético, e sim reparador, para melhoria dos aspectos físicos, psíquicos e funcionais.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____

realização de **CIRURGIA ONCOLÓGICA** e/ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos e complicações do tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **CIRURGIA ONCOLÓGICA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições.

Eu reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser

previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam se necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(ã), o(a) anestesiológico(a), e toda sua

equipe, a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

Eu entendo que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tanto quanto ao percentual de melhora ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Eu compreendo e aceito que o tabagismo, o uso de drogas e de álcool, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico- cirúrgicas.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.

Estou ciente de que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual autorizo o profissional acima designado a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o **PROCEDIMENTO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis _____ de _____ de _____

completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1 – Todos os documentos pessoais.
- 2 – Exames realizados.
- 3 – Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4 – Risco Cirúrgico.
- 5 – Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6 – Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7 – Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8 – Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares

O PROCEDIMENTO

- 1– Manter jejum de no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 1 – Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume de preferência sem água ou com muito pouca água.
 - Se diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3 – Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4 - Horário da cirurgia: O horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.
- 5

OUTRAS ANOTAÇÕES