

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ENVOLVENDO FECHAMENTO DE FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS

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

**ENVOLVENDO FECHAMENTO DE FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS** 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

**1 - INFORMAÇÕES GENÉRICAS:** Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação num tratamento que visa o fechamento de feridas profundas com o uso de um substituto de derme (uma parte da pele), que proporciona bons resultados com uso de cirurgias menores, mais rápidas e com menor lesão da área que vai doar a pele. Por se tratar de feridas profundas em extremidades, o procedimento tradicionalmente indicado para sua reparação é um retalho cirúrgico, formado por um pedaço de tecido o qual usado para fechar a área da ferida. Este pedaço de pele pode ser retirado da vizinhança da ferida ou trazido à distância junto com artéria e veia para sua nutrição, com a realização de uma anastomose vascular, com auxílio de um microscópio (um procedimento muito maior e com muito mais lesão para a área doadora).

#### **2 - INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS:**

No tratamento com uso de matriz de substituição dérmica, os seguintes passos serão realizados:

- Inicialmente será realizada uma limpeza cirúrgica da ferida, condição essencial para o fechamento da mesma;
- Em seguida, será feita a colocação do substituto de derme da pele sobre essa ferida (já limpa) com a finalidade de propiciar a formação de uma nova derme, que a camada interna da pele;
- Serão realizadas trocas de curativo a cada 05 dias, em ambiente de Centro Cirúrgico;
- Após alguns dias será realizado o procedimento final que consistirá na colocação de um enxerto de pele fina sobre a nova derme. Este procedimento consiste em retirar da coxa do(a) paciente uma fina camada de pele, cujo local, depois, cicatriza espontaneamente. Frise-se que esta pele retirada é mais fina que aquela do procedimento padrão.
- Após 5 dias, o curativo será aberto, à beira do leito e, verificando-se uma boa integração do enxerto de pele (com fechamento da ferida), o(a) paciente receberá alta nesta data para prosseguir com retorno ambulatorial. Os procedimentos rotineiros para realização da cirurgia são os mesmos de outros procedimentos cirúrgicos utilizados para o fechamento da ferida, tais como exames de sangue, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Podem ser necessários exames adicionais, dependendo do(a) paciente (idade e doenças associadas).

**3 – RISCOS:** Os riscos são os mesmos relacionados a qualquer procedimento cirúrgico, tais como: desconforto (dor) e sangramentos na região da ferida no período pós-operatório. E, também, há os riscos anestésicos, a saber: alergias a medicamentos, dor de cabeça após anestesia raquidural, náuseas e vômitos. Vale frisar que não há risco adicional com a utilização da matriz dérmica, em comparação aos procedimentos usuais realizados para fechamento de feridas (enxertos ou retalhos). Portanto, os riscos cirúrgicos e anestésicos são os mesmos dos outros procedimentos cirúrgicos e, como em todas as cirurgias, eles existem. Além disso, para qualquer um dos sintomas que venha a se evidenciar, serão tomadas medidas preventivas e terapêuticas (uso de medicações para dor e náusea, por exemplo). O benefício potencial para o participante será o de ter o fechamento da ferida com um procedimento cirúrgico mais simples (tempo cirúrgico menor), com menor lesão de área doadora da coxa, pois será retirada uma camada menos espessa de pele, se comparado ao procedimento convencional, e com potencial menor tempo de internação, pela utilização da matriz dérmica. Entretanto, somente no final do estudo poder-se-á confirmar estes benefícios.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_ realização de **PROCEDIMENTO ENVOLVENDO FECHAMENTO DE FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS** 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 o **PROCEDIMENTO ENVOLVENDO FECHAMENTO DE FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS** 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.

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. Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura

**TESTEMUNHAS**

<b>1ª Testemunha</b>	<b>2ª Testemunha</b>
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
CPF: _____	CPF: _____

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro ter explicado todo o **PROCEDIMENTO ENVOLVENDO FECHAMENTO DE FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS** 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).
- 2 – 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.

#### OUTRAS ANOTAÇÕES