

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

() Paciente e ou () Responsável: _____,

quanto aos principais aspectos relacionados a **AMPUTAÇÃO DE** _____,

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.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1 - A amputação é a retirada cirúrgica, total ou parcial de um membro, constituindo uma forma de tratamento, de um modo geral, em razão de problemas vasculares, traumatismo, diabetes, tumor, deformidade congênita, entre outros. É um procedimento de grande complexidade e dependente da doenças de base do paciente a ser abordada, exigindo cortes cirúrgicos específicos, com dimensões diversas, sendo utilizado bisturi elétrico para cauterização de tecidos, além de diversos equipamentos inclusive para monitorização das funções vitais. A anestesia pode ser local, sedação ou anestesia geral, conforme a necessidade de cada caso e a indicação do médico anestesista.

2 - Podem ser graves e inesperados, bem como complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos, anestesia (sedação venosa) e outros, podendo incluir, mas não se limitando a: relacionados às drogas sedativas (anestesia geral, superficial ou sedação venosa, conforme o caso); sangramento intestinal; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fístulas; alterações (embolia) pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbito (úlceras de pressão); discrasias sanguíneas e hemorrágicas; e demais riscos inerentes ao(s) procedimentos(s) proposto(s), inclusive, a morte. As complicações podem ser imediatas ou aparecerem após meses e anos, permanência no hospital superior à prevista, transfusão de sangue e necessidade de outras intervenções cirúrgicas. Entre as principais complicações no coto estão deiscência de suturas, edemas, dor fantasma, ulceração do coto, inflamações, infecções, retração da cicatriz, neuromas e espículas ósseas. Esses tipos de problemas costumam afetar o coto da segunda a terceira semana após o ato cirúrgico. Os problemas decorrentes de causas como neuromas, contraturas musculares e hipotrofias, entre outras, acontecem mais tardiamente; muito embora a dor possa aparecer em qualquer época, apresentando características das mais diversas.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

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

autorizo a realização da **AMPUTAÇÃO DE** _____ 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 **AMPUTAÇÃO DE** _____ 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.

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.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

Amputação

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **AMPUTAÇÃO DE** _____ 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 _____

Nome 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 ANOTAÇÃO