

 <p>Código <b>CHAS-TCLECC.005</b> Versão:2º – 20/01/2016</p>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>  <b>SIMPATECTOMIA CERVICAL</b>	<b>COLAR ETIQUETA</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente (ACIMA CITADO) ou seu responsável (ABAIXO CITADO), declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente ( ABAIXO CITADO), para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “SIMPATECTOMIA CERVICAL”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, outrossim, 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 (ABAIXO TRANSCRITOS) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento medicocirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** Acirurgia consiste na retirada dos nervos da cadeia simpática, localizada no tórax e é por videotoroscopia e visa diminuir o excesso de suor das mãos.

**COMPLICAÇÕES:**

1. Hemorragias – lesão de grandes vasos (necessidade de conversão para cirurgia aberta).
2. Perfuração pulmonar (pneumotórax).
3. Infecção de ferida operatória.
4. Hiperhidrose compensatória (suor excessivo em outras partes do corpo/ principalmente dorso, abdome e pernas).
5. Neuralgia intercostal (dor e/ou amortecimento no tórax).
6. Síndrome de Horner (ptose – pálpebra caída, miose – pupila diminuídas de tamanho e enofalminia – olho para dentro).
7. Lesão de esôfago.
8. Hematomas.
9. Recidiva.
10. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa 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 Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<input type="checkbox"/> Paciente:  <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	<b>Recife (Pernambuco)</b>  _____ / ____ / ____  Hora: ____: ____
<input type="checkbox"/> <b>Aplicável se responsável</b>  Nome: _____  Doc. Identidade nº: _____  Grau de Parentesco: _____  <p style="text-align: right;">Assinatura</p>	Testemunhas:  1) Nome: _____  CPF nº: _____ Assinatura: _____  2) Nome: _____  CPF nº: _____ Assinatura: _____

**PREENCHIDO PELO MÉDICO:**  
Expliquei todo o procedimento/ tratamento ao paciente acima identificado e/ou responsável, sobre os benefícios, riscos, alternativas, referentes a sua recusa, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome do médico(a): \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_ **Assinatura e Carimbo**