

 <p>Código CHAS-TCLE.UTIA.00 Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p><b>PLASMOFORESE</b></p>	<p><b>COLAR ETIQUETA</b></p>
---	--	------------------------------

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 “PLASMOFORESE”, 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 a que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** trata-se, a maioria das vezes, de doenças neurológicas com componente auto-imune (Guillain-Barré, miastenia gravis, polineuropatia crônica desmielinizante), doenças hematológicas (púrpura trombocitopênica trombótica), quadros de hiperviscosidade sanguínea, e algumas situações de mais rara ocorrência.

**PROCEDIMENTO:** através de uma máquina processadora de sangue, por um cateter de duplo lúmen previamente inserido em uma veia calibrosa do paciente, será feita a centrifugação e retirada de plasma e concomitantemente a reposição de solução de albumina ou plasma fresco congelado, conforme indicação.

**SOLUÇÃO UTILIZADA:** exceto na Púrpura Trombocitopênica Trombótica, em que será utilizado plasma fresco congelado para substituir o plasma retirado, nas demais doenças será uma solução de albumina a 5%.

**COMPLICAÇÕES:**

1. Infecção no local da inserção do cateter.
2. Diminuição dos níveis de medicamentos previamente administrados.
3. Hipocalcemia: com tremores, náuseas e hipotensão e até mesmo parada cardíorespiratória.
4. Hipovolemia. 5. Reações ao líquido de reposição (ex: alergia).
5. Anemia decorrente de perda ou fragmentação de glóbulos vermelhos na máquina processadora

**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 traumatizados e abertos, 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:  Assinatura	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____:____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável Nome: _____ Doc. Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____  Assinatura	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**