

 <p>albert sabin HOSPITAL</p> <p>Código CHAS-TCLE.N.002</p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>CIRURGIA DE TUMOR CEREBRAL</p>	<p>COLAR ETIQUETA</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 “**CIRURGIA DE TUMOR CEREBRAL**”, 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 médico cirúrgico 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: A cirurgia consiste na retirada do tumor na tentativa de remoção completa ou parcial. São vários os métodos de cirurgia que podem ser usados e eles envolvem normalmente o uso de instrumentais de alta precisão, como microscópios, endoscópios, ultra-som, aparelhos estereotáxicos, etc. A forma de se operar dependerá das características do tumor cerebral.

COMPLICAÇÕES: Cirurgia de grande porte apresenta alta morbidade (complicações)

1. Sangramentos
2. Convulsões
3. Fistulas líquóricas (saída de líquido pela incisão cirúrgica),
4. Acidentes vasculares cerebrais (AVC – derrame)
5. Lesão de estruturas cerebrais perto do tumor
6. Paralisias motoras (Hemiplegias, Tetraplegias, Paraplegias)
7. Alterações da fala
8. Visão (Cegueira, Diplopia)
9. Septicemia (infecção atinge todo organismo).
10. Sensibilidade
11. Embolia pulmonar em geral muito grave, podendo levar a óbito.
12. Desvios de rimas (Paralisia facial)
13. Complicações acima e pode levar a vida vegetativa (coma irreversível)
14. Dificuldade para deglutição
15. Falta de controle miccional e fecal
16. Dificuldade respiratória irreversível, levando a dependência de uso de aparelhos para manter a respiração
17. Óbito

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 a 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>	<p>Recife (Pernambuco)</p> <p>_____/_____/_____</p> <p>Hora: ____: ____</p>
<input type="checkbox"/> Aplicável se responsável 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**