

 <p>Código CHAS-TCLE.P.003 Versão:2º – 20/01/2016</p>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO HEMORROIDECTOMIA	COLAR ETIQUETA
--	--	-----------------------

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 “ **HEMORROIDECTOMIA**”, 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: hemorroidas são veias dilatadas localizadas no reto distal, que podem causar dor e sangramento. Em 10 a 20% dos casos, necessitam tratamento cirúrgico. Para tal, há técnicas de ressecção, grampeamento e desarterialização.

COMPLICAÇÕES:Complicações que podem surgir com o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária incluem:

- 1.Dor, muitas vezes de difícil controle, mesmo com uso de analgésicos;
- 2.Retenção urinária;
- 3.Infecção urinária;
- 4.Constipação;
- 5.Impactação fecal;
- 6.Hemorragia;
- 7.Infecção;
- 8.Abscesso;
- 9.Necessidade de reoperação;
- 10.Edema;
- 11.Plicomas anais;
- 12.Prolapso mucoso;
- 13.Ectrópio mucoso;
- 14.Estenose anal;
- 15.Estenose retal;
- 16.Fissura anal;
- 17.Pseudopólipos;
- 18.Cistos epidérmicos;
- 19.Fístula anal;
- 20.Fístula reto-vaginal;
- 21.Prurido anal;
- 22.Incontinência anal, podendo ser transitória ou definitiva;
- 23.Hemorroidas recorrentes(recidiva);
- 24.Tempo prolongado de cicatrização da ferida operatória;
- 25.Existem ainda a possibilidade de complicações sistêmicas que estão relacionadas a qualquer procedimento cirúrgico, entre elas estão infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica transitória, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

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 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>	Recife (Pernambuco) _____/_____/_____ Hora: ____:____
<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): _____

