

 <p>albert sabin HOSPITAL</p> <p>Código CHAS-TCLE.VA.001</p> <p>Versão:2º – 20/01/2016</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</p> <p>CIRURGIA ARTERIAL</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 ARTERIAL”, 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: Tem por objetivo tratar:

1. Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) – doença da circulação que causa a obstrução ou estreitamento da luz das artérias, levando à diminuição do aporte sanguíneo aos tecidos (como por exemplo a aterosclerose, arterite, displasia fibromuscular, hiperplasia mio-intimal).
2. Doenças que causam dilatação das artérias, podendo levar à ruptura, trombose ou embolias (são os aneurismas arteriais).
3. Doenças congênitas ou adquiridas do tipo mal-formações artério-venosas, fistulas rteriovenosas, hemangiomas, aneurismas cirsóides e traumatismos vasculares.
4. Cirurgias que podem ser realizadas para o tratamento das Doenças Arteriais Obstrutivas Periféricas
5. Angioplastias
6. Pontes com a utilização de veias ou artérias do próprio paciente.
7. Pontes com enxertos sintéticos.
8. Remoção de placas de arteriosclerose que estejam obstruindo ou estreitando a luz dos vasos sanguíneos.
9. Ressecção de segmento doente de vaso sanguíneo com reconstrução simples da vascularização (anastomose).
10. Cirurgias que podem ser realizadas para o tratamento dos aneurismas arteriais: Colocação de endo-próteses (stends).
11. Ressecção do segmento doente com anastomose simples do vaso.
12. Ressecção com interposição de segmento de veia ou artéria do próprio paciente.
13. Ressecção com a interposição de enxerto sintético.
14. Ligadura proximal e distal do aneurisma com ou sem confecção de ponte com artéria ou veia do próprio paciente ou com enxerto sintético.

COMPLICAÇÕES:

1. Tromboses que podem levar ou não à necessidade de reoperações, de procedimentos endovasculares ou que podem evoluir com necrose de tecidos e necessidade de amputações.
2. Hemorragias. Infecções. Fistulas aorto-entéricas. Formação de falsos aneurismas nos locais das anastomoses dos enxertos. Lesões de veias, nervos periféricos e de vasos linfáticos.
3. Edema do membro revascularizado. Ao longo do tempo pode haver a falência da restauração circulatória. (Precocemente devido à hiperplasia mio-intimal e tardiamente devido à progressão da doença básica).
4. Insuficiência renal aguda ou agudização de insuficiência renal crônica. Trombose venosa com ou sem embolia pulmonar. Alterações cardíacas. Alterações gastrintestinais. Lesões cerebrais (cirurgias de carótidas) tendo como consequência hemi-plegias, hemiparestesias, déficit mental.
5. 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 Infectores 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: Assinatura _____	<p style="text-align: center;">Recife (Pernambuco)</p> <p style="text-align: center;">_____/_____/_____</p> <p style="text-align: center;">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: _____

PRENCHIDO 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