



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Dr. _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " HERNIORRAFIA UMBILICAL" CID-10 K42.9 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 médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º 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: consiste na correção de ruptura muscular de qualquer parte da parede abdominal, principalmente em locais onde houve corte de cirurgia prévia, por onde ocorre saída de estruturas da cavidade abdominal (epíplon/gordura, segmentos intestinais), pela ressecção do saco herniário (bolsa formada pelo peritônio -> revestimento das vísceras abdominais), fechamento do orifício muscular com pontos, e na maioria da vezes, colocação de tela de polipropileno (material sintético permanente), para reforço muscular -> tela. Esta tela pode ser costurada sobre a musculatura ou no meio dela, conforme o tamanho da hérnia. Esta cirurgia pode ser feita com anestesia local + sedação, anestesia raquimedular ou geral, conforme tamanho da hérnia e condições da paciente. Alguns pacientes ficam com drenos na parede abdominal no pós operatório.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. Dor relacionada a hérnia, sintomas sugestivos de encarceramento/estrangulamento.

COMPLICAÇÕES:

1. Formação de seroma (acúmulo de líquido na incisão), comum, eventualmente hematomas com ou sem infecção local. Complicações de incisões (dos cortes) são mais frequentes nos pacientes com diabetes mellitus mal controlada, fumantes, obesos (índice de massa corporal maior que 30).
2. Infecções locais mais graves podem requerer nova cirurgia para retirada da tela (incomum).
3. Dor crônica, persistente após três meses de cirurgia, de intensidade variável, comumente dor de leve intensidade, raramente dor incapacitante para atividades diárias e trabalho.
4. Re-operação(ões), na mesma internação, por sinais de obstrução intestinal ou lesão visceral, quando da correção de hérnias grandes, contendo segmentos de intestino no seu interior.
5. Raramente, rejeição da tela, com encistamento da mesma, com necessidade de nova cirurgia para retirada.
6. Complicações cardiológicas, respiratórias, pulmonares, trombozes, embolia pulmonar, pouco comuns em pacientes de baixo risco cirúrgico, sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas. A morte em cirurgias eletivas em pacientes sem doenças ou com doenças controladas com tratamento é um evento muito raro.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Infecção relacionadas à assistência à saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-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 médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, 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.

Veranópolis (RS), _____

Ass. Paciente e/ou Responsável

RG: _____

CPF: _____

Md _____

CRM _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.