

| QUALIDADE | | Código do Formulário QLD.FOR.037 | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| TERMO DE CONSENTIMENTO | | | |
| Código: CC.TCLE.001 | | | |
| Data Revisão Atual: 07/05/2026 | | Data do Vencimento: 07/05/2028 | |
| Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Acalásia | | | |

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ 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, _____, 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 " **ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA**" por CID-10 K 22 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: A ACALÁSIA é uma doença que compromete os nervos motores do esôfago, provocando perda na coordenação entre os movimentos esofágicos deglutitórios e o esfíncter esofágico inferior/cárdia (músculos do final do esôfago e da entrada do estômago), provocando dor para alimentar-se e principalmente regurgitações alimentares, com conseqüente emagrecimento. Casos com evolução prolongada podem levar a dilatação completa do esôfago, com falência total do órgão, situação que não melhora somente com esofagocardiomiectomia, procedimento proposto inicialmente.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. Tempo de evolução da doença.
2. Intensidade dos sintomas.
3. Emagrecimento, incapacidade de alimentar-se adequadamente, regurgitações frequentes, dilatação progressiva do esôfago.
4. Falha ou impossibilidade de tratamento conservador, dilatação endoscópica com balão.

COMPLICAÇÕES:

1. Necessidade de conversão para cirurgia aberta (cirurgia com corte) quando a cirurgia iniciar por videolaparoscopia, por condições trans-operatórias, principalmente hemorragias, inclusive do baço, órgão próximo ao sítio cirúrgico.
2. Perfuração do esôfago, estômago, pleura implicando na necessidade de colocação de drenos, tanto na cavidade abdominal quanto em pleuras/tórax.
3. Acúmulo de líquido (seroma), sangue (hematoma), são comuns nas incisões cirúrgicas, principalmente nas cirurgias abertas, com corte; eventualmente pode ocorrer infecção, com necessidade de abertura de pontos e cicatrização por segunda intenção (ferida aberta).
4. Formação de cicatrizes hipertróficas e ou quelóides (cicatrizes grosseiras), bem com raramente hérnias nas incisões cirúrgicas.
5. Necessidade de re-operação ou re-operações, para tratamento de complicações da cirurgia, na mesma internação ou em internações subsequentes
6. Complicações respiratórias/pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, renais, tromboembólicas, são incomuns em pacientes sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas com tratamento.
7. A morte em cirurgias eletivas em pacientes sem doenças ou com doença controladas com tratamento é um evento muito raro.

INFECÇÕES 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 com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua 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 garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coleta será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

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) _____ de _____ de _____.

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.