

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.009			
Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Colectectomia			

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, Md. _____, 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 "COLECTECTOMIA COM OU SEM COLANGIOGRAFIA" CID-10 K80.8 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 cirurgia de retirada da vesícula biliar que pode ser realizada por cirurgia aberta, com corte embaixo das costelas a direita ou outra incisão, conforme as características físicas do paciente ou por videolaparoscopia, com incisões menores, tantas quantas necessárias para cirurgia, na maioria da vezes, 4 incisões pequenas. Nas cirurgias laparoscópicas, os ramos vasculares para a vesícula e o ducto cístico (ducto que conecta a vesícula aos ducto biliar principal) são ligados com clips metálicos (de titânio) que permanecem no paciente ao longo da sua vida. A colangiografia consiste em exame radiológico com uso de contraste hidrossolúvel, injetado diretamente nas vias biliares, realizado durante a cirurgia, feito de forma seletiva, conforme indicadores pré e trans-operatórios. Alguns pacientes ficam com dreno/drenos quando algum achado trans-operatório indicar sua necessidade. Esta cirurgia, quando videolaparoscópica, é realizada sob anestesia geral; nas cirurgias "abertas", em alguns casos, pode ser realizada anestesia raquimedular.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. Inflamação crônica ou aguda da vesícula biliar.
2. Cálculos em vesícula biliar.
3. Pacientes que tiveram pancreatite (inflamação do pâncreas) biliar, causada pela migração das pedras para o colédoco (canal da bile).
4. Cálculos fora da vesícula no colédoco (canal da bile).
5. Sintomas digestivos presumidamente de origem biliar.

COMPLICAÇÕES:

1. Necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula, cálculos na via biliar, hemorragias de difícil controle, quando o procedimento inicial for videolaparoscópico.
2. Lesão do colédoco (canal da bile) e outros órgãos, principalmente intestinos, muito raras.
3. Infecções em sítio cirúrgico, das incisões, respiratória e urinária, pouco comuns.
4. Pancreatite pós operatória.
5. Necessidade de nova cirurgia, na mesma internação ou posterior, por vazamento de bile ou sangramentos, que se manifestam ao longo dos dias após a cirurgia, situação incomum.
6. Complicações cardíológicas, 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.

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.009			
Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Colectomia			

Declaro 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).

Declaro, 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.

Declaro 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).

Declaro estar ciente sobre a reprodução e utilização de imagens pessoais para fins técnico-científicos e de estudos, dessa forma:

Autorizo a sua reprodução e utilização para este fim.

Não autorizo a sua reprodução e utilização para este fim.

Finalmente, declaro 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.