

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037
TERMO DE CONSENTIMENTO		
	Código: CC.TCLE.012	
	Data Revisão Atual: 17/04/2023	Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hérnia Hiatal e Refluxo	

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 "**HERNIORRAFIA HIATAL E/OU DIAFRAGMÁTICA E/OU TRATAMENTO CIRÚRGICO DO REFLUXO GASTROESOFAGIANO**" por CID-10(s) K 21, K 44 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 Hérnia hiatal consiste na migração/subida de parte do estômago, na sua união com esôfago, para a cavidade torácica, entre os pulmões e atrás do coração, provocando disfagia baixa (dificuldade na passagem do alimento para o estômago) com ou sem dor local, epigástrica, favorecendo refluxo gastro esofágico (azia, sensação de queimação no tórax anterior) e regurgitações ácidas ou alimentares (retorno do suco gástrico ou alimentos, para a boca).

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. Pirose (azia) e regurgitações do líquido gástrico ou de alimentos para a boca (refluxo) e seus sintomas atípicos, crônicos: dor de garganta, tosse, soluços.
2. Intensidade dos sintomas, dificuldade de controle com medicamentos, principalmente na existência de hérnia hiatal de médio e grande porte.
3. Complicações do refluxo: cicatrizes, estenoses esofagianas, transformação do epitélio esofágico com risco de evolução para câncer.
4. Complicações relacionadas a hérnias de grande porte: dispnéia, dor torácica, disfagia, sangramento.

COMPLICAÇÕES:

1. Necessidade de conversão para cirurgia aberta (cirurgia com corte) quando a cirurgia iniciar por videolaparoscopia.
2. Perfuração do esôfago, estômago, pleura implicando na necessidade de colocação de drenos, tanto na cavidade abdominal quanto em pleuras/tórax.
3. Lesão do baço, provocando sangramento e necessidade de esplenectomia (retirada do baço).
4. Necessidade de re-operação ou re-operações, para tratamento de complicações da cirurgia, na mesma internação ou em internações subsequentes.
5. Dificuldade para engolir alimentos, que em geral tem duração de poucas semanas, e que pode ser minimizada com mastigação adequada e deglutição de pequenas quantidades de alimentos.
6. Plenitude abdominal (inchaço no estômago) após alimentação, que tem duração de poucas semanas.
7. Dificuldade para arrotar, bem como a diminuição do no de arrotos, o que é definitivo.
8. Formação de cicatrizes hipertróficas e ou quelóides (cicatrizes grosseiras), bem com raramente hérnias nas incisões cirúrgicas.
9. Recidiva da doença, que eventualmente possa necessitar de nova cirurgia
10. Aparecimento de hérnias nas incisões (cortes), raramente nas cirurgias videolaparoscópicas.
11. Complicações respiratórias/pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, renais, tromboembólicas, são incomuns em pacientes sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas com tratamento.
12. A morte em cirurgias eletivas em pacientes sem doenças ou com doença controladas com tratamento é um evento muito.

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%

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.012		
	Data Revisão Atual: 17/04/2023		Data do Vencimento: 17/04/2025
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hérnia Hiatal e Refluxo		

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.

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, 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.