

O(A) paciente _____,

Data Nascimento: ___/___/___ ou seu Responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido, que autoriza o(a) médico(a) assistente, o Dr.(a) _____ inscrito no CRM/ES sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Rio Doce, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar a **Cirurgia de VARIZES**, todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro (s) inferior (es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante.

INDICAÇÕES: a cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perfurantes e exérese de veias varicosas.

COMPLICAÇÕES: 1. Equimoses difusas (roxos); 2. Hematomas: (coleções localizadas de sangue); 3. Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); 4. Aparecimento de telangectasias (microvarizes); 5. Sangramento ao nível das incisões; 6. Edema (inchaço) pós-operatório; 7. Flebite de uma veia superficial; 8. Linforrêia (secreção de linfa pela cicatriz); 9. Linfocele (pequeno nódulo); 10. Linfedema: (inchaço persistente), 11. Lesão de nervos (é relativamente frequente); 12. Infecção*; 13. Lesões arteriais; 14. Lesões de grandes veias; 15. Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas); 16. Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão); 17. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (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 (National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito 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% (são 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 abertos, 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).

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro o TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO para mim, quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi e concordo voluntariamente sobre o que é necessário eu fazer para que tenha o resultado pretendido. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização da cirurgia, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal. **Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.**

Linhares (ES), _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente _____ CPF: _____-_____-_____-

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____ CPF: _____-_____-_____-

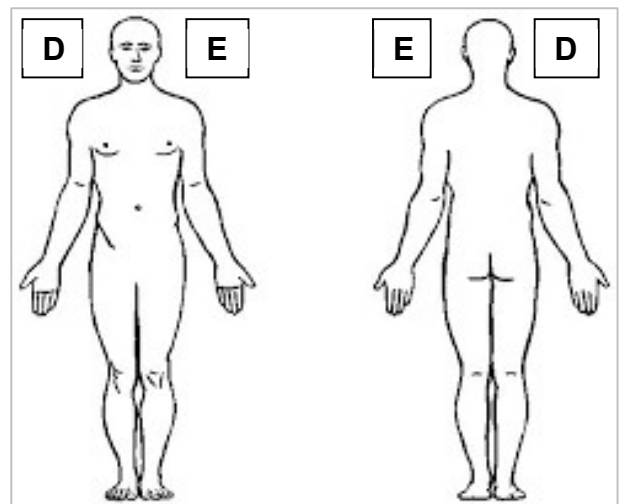
Deve ser preenchido pelo Médico Assistente:

LATERALIDADE CIRÚRGICA

ATENÇÃO:

MARCAR UM "X" NO LOCAL DA CIRURGIA

- () BILATERAL
() LADO DIREITO
() LADO ESQUERDO



Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de **EMERGÊNCIA**.

Nome do médico _____

Assinatura _____ CRM _____