

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 Amputação de Membro(s)**, 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 a retirada cirúrgica parcial/total de membro(s).

#### INDICAÇÕES:

- Aterosclerose obliterante periférica é a principal;
- Doenças arteriais inflamatórias;
- Infecção periférica principalmente em pacientes diabéticos;
- Trauma.

1. Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), **diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnósticas**: \_\_\_\_\_

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido, a realização de **amputação** de (*Descrever o(s) Membros e Nível Anatômico*): \_\_\_\_\_

3. Estou ciente que, durante o procedimento, **o médico responsável poderá alterar o Nível Anatômico (altura) do membro do membro a ser amputado**, conforme a necessidade, dependendo do grau e extensão da lesão, visando o melhor e mais adequado tratamento.

4. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios e às possibilidades de ter os resultados esperados. Entendi que a não realização do procedimento, a depender de sua indicação, pode induzir aumento da invasão da lesão ou disseminação do tumor, infecção generalizada decorrente de infecção em membro sem correta circulação sanguínea e outras complicações potencialmente fatais. Também recebi todas as explicações quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, que dependendo do nível da amputação as próteses podem ser de difícil uso ou não funcionais e só podem ser usadas após cicatrização plena dos tecidos superficiais e profundos incisados.

5. Fui informado que esta é a última alternativa de tratamento para mitigar as consequências de minha doença primária, quando outras opções (como quimioterapia, ressecção somente do tumor, revascularização, etc) são inseguras, impossíveis de serem realizadas por condições técnicas ou foram inefetivas.

#### COMPLICAÇÕES:

Fui informado que as complicações associadas às amputações, em geral, decorrem do acometimento pela própria doença que motivou a amputação em outros sítios vasculares. Assim, estou ciente sobre as complicações mais frequentes deste procedimento:

- Revisão não planejada: 28%<sup>1</sup>;
- Readmissão hospitalar em 30 dias: 22%<sup>1</sup>;
- Complicações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca e infarto: 10,2%<sup>2</sup>
- Mortalidade em 30 dias: 8,6%<sup>2</sup>
- Pneumonia: 4,5%<sup>2</sup>;
- Insuficiência renal: 0,6 a 2,6%<sup>2,3</sup>;
- Infecção da ferida operatória em 5,5% e hemorragia ou hematoma no coto de amputação em 1,3%<sup>2</sup>.

**COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS:** 1. Mortalidade é de 10 a 25%. 2. Infecção (frequente em função de déficit circulatório local); 3. Necrose do coto; 4. Neuromas (pequeno nódulo no local do corte do nervo); 5. Causalgia (dor no coto, mais intensa a noite); 6. Dor do membro fantasma (sensação de que o membro não foi amputado); 7. 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 abertas, 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).

Tenho ciência de que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento cirúrgico para amputação de membros pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;

6. Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

7. Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer outro procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, conforme o caso.

8. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passados, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação incorreta pode implicar em risco de complicações;

9. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

-----  
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Linhares (ES), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do(a) paciente \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

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

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_.

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE:**

**Destino da peça:**

- ( ) Encaminhar ao histopatológico;  
( ) Encaminhamento para o serviço de coleta de resíduos;  
( ) Entregar para Família para sepultamento (ANEXAR LAUDO MÉDICO).

**LATERALIDADE CIRÚRGICA**

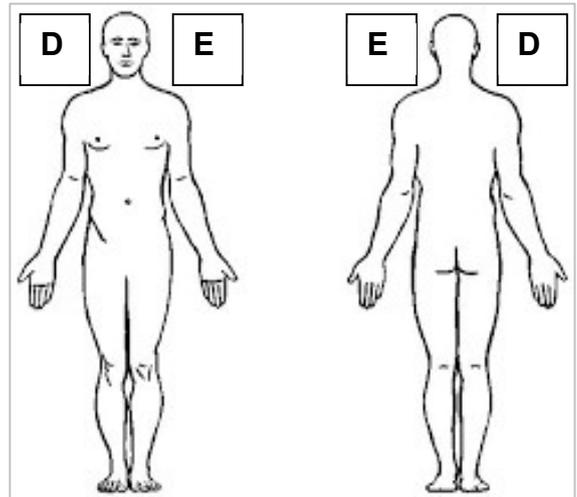
**ATENÇÃO:**

**MARCAR UM "X" NO LOCAL DA CIRURGIA**

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

**Descrever qual(is) Membro(s) será(ão) amputado(s):**

\_\_\_\_\_



**Deve ser preenchido pelo Médico:**

- 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:** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

Linhares (ES), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**Referências:**

1. Fang ZB, Hu FY, Arya S, et al. Preoperative frailty is predictive of complications after major lower extremity amputation. J Vasc Surg. 2017, 65(3):804
2. Aulivola B, Hile CN, Hamdan AD, et al. Major lower extremity amputation: outcome of a modern series. Arch Surg. 2004, 139(4):395
3. Nehler MR, Coll JR, Hiatt WR, et al. Functional outcome in a contemporary series of major lower extremity amputations. J Vasc Surg. 2003, 38(1):7