

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 Video-Laparoscopia para Endometriose** 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 DA CIRURGIA:** É quando ocorre a união de tecidos ou órgãos, normalmente afastados. Geralmente aparecem após cirurgias, Endometriose ou doença inflamatória pélvica.

**INDICAÇÃO:** dor pélvica crônica, obstrução intestinal mecânica parcial ou total e infertilidade.

**TIPO DE CIRURGIA:** consiste em liberar as aderências, cortando e coagulando quando necessário, através da Vídeo-Laparoscopia.

**COMPLICAÇÕES:** **1.** Complicações imediatas (0.14% a 0.60%): hematoma de parede abdominal, enfisema subcutâneo, trauma vascular (hemorragia), lesão de bexiga, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, morte. **2.** Complicações pós-operatórias: náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal e na região escapular (ombro). **3.** Complicações tardias: infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional. **4.** Índice de recorrência: cerca de 50% dos casos. **5.** Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**CID's:** N73.6/N73.8/N73.9/N80.1/N80.2/N80.3/N80.4/N80.5/N80.9/N97.9/R10.2

**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 (Nacional 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.

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 para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto.

Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que esta cirurgia, 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 do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) 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:**

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 \_\_\_\_\_