

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Esofagectomia</b>	<b>HEG.TER.004/12</b>
--	---	-----------------------

ETIQUETA DO PACIENTE
----------------------

Por este instrumento particular o(a) paciente \_\_\_\_\_  
ou seu responsável Sr.(a) \_\_\_\_\_ declara,  
para todos os fins legais, especialmente disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena  
autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_  
inscrito(a) no CRM - \_\_\_\_\_ sob o n° \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico  
do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**ESOFAGECTOMIA**”, e  
todos os procedimentos que 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(a) médico(a), 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:** Procedimento que consiste na retirada do esôfago e linfonodos contíguos. A cirurgia pode  
ser feita por vídeo-laparoscopia e vídeo-toracoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte).

**COMPLICAÇÕES:**

- 1- Derrame pleurais;
- 2- Arritmia cardíaca;
- 3- Hemorragia;
- 4- Infecção da ferida operatória;
- 5- Trombose venosa profunda;
- 6- Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a  
cirurgia;
- 7- Recidiva do câncer;
- 8- Possibilidade de cicatrização com formação de quelóide (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**CBHPM – 3.10.01.05-0**

**CID – C15.9**

**Infecção relacionada 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 20%;
- Cirurgias infectadas: até 40%.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Médico

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Esofagectomia</b>	<b>HEG.TER.004/12</b>
--	---	-----------------------

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, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de 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(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Diante disto, declaro que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressar a minha vontade sobre os pontos com os quais não concordasse; e que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este termo de consentimento e desistir do procedimento médico proposto.

**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.**

Anápolis (GO), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Ass. Paciente e/ou Responsável  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ass. Médico  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Ar. 22º.** 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. 34º.** 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.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º.** O fornecedor de produtos ou serviço potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Art. 39º.** É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.