

| | | |
|---|--|-----------------------|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Gastrectomia | HEG.TER.005/12 |
|---|--|-----------------------|

| |
|----------------------|
| 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 nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico
do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**GASTRECTOMIA**", 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 estômago, podendo ser total ou parcial. A
indicação mais frequente é o câncer gástrico, podendo ser indicada ainda, em doenças benignas – úlcera
péptica.

COMPLICAÇÕES:

- 1- Hemorragias;
- 2- Fístula quando nos locais das suturas, ocorre vazamento que provocam infecção e são relativamente
frequentes e graves; pode exigir reoperações;
- 3- Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral
graves, podendo ler a óbito;
- 4- Trombose venosa profunda;
- 5- Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a
cirurgia;
- 6- Recidiva dos tumores;
- 7- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.10.02.12-9

CID – C16.9

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Médico

| | | |
|--|--|-----------------------|
|  | TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Gastrectomia | HEG.TER.005/12 |
|--|--|-----------------------|

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%.

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.