

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Herniorrafia Muscular</b>	<b>HEG.TER.008/12</b>
--	---	-----------------------

<b>ETIQUETA DO PACIENTE</b>
-----------------------------

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 "**HERNIORRAFIA  
MUSCULAR**", 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:** Hérnia é a protusão de uma víscera ou órgão, através de orifício conseqüente a fraqueza  
muscular. A cirurgia visa corrigir esta fraqueza muscular e em algumas situações, usa-se tela de  
polipropileno para tal.

**COMPLICAÇÕES:**

- 1- Hemorragias durante a cirurgia ou no pós-operatório, podendo nestes casos, necessitar  
reintervenção cirúrgica;
- 2- Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino;
- 3- Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória;
- 4- Trombose Venosa Profunda;
- 5- Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito);
- 6- Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal);
- 7- Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica);
- 8- Prolapso da cúpula vaginal;
- 9- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**CBHPM – 3.10.09.14-0**

**CID – K40.9**

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Herniorrafia Muscular</b>	<b>HEG.TER.008/12</b>
--	---	-----------------------

**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. 22°.** 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. 34°.** 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. 9°.** 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. 39°.** 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.