

ETIQUETA

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____ ou seu(sua) responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente nos termos do artigo 39, VI, da Lei nº 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor), que autoriza este Hospital, por meio do(a) médico(a) assistente Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM nº _____, a realizar os procedimentos médicos, cirúrgicos, e demais condutas necessárias ao diagnóstico e ao tratamento de seu quadro clínico, inclusive com o auxílio de outros profissionais de saúde, quando indicado. Declara, ainda, que o(a) referido(a) médico(a), em observância aos artigos 22 e 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) e ao artigo 9º do Código de Defesa do Consumidor, prestou informações claras, suficientes e acessíveis acerca do diagnóstico, da indicação do tratamento, dos riscos, benefícios, possíveis complicações e alternativas terapêuticas, encontrando-se plenamente esclarecido(a) para manifestar seu livre e informado consentimento.

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Autoriza o médico acima identificado e demais profissionais da sua equipe a realizar os atos médicos e hospitalares necessários para fins de AMPUTAÇÃO DO(S) MEMBRO(S) abaixo identificado(s).

IDENTIFICAÇÃO DO(S) MEMBRO(S) A SER(EM) AMPUTADO(S):

2. Está ciente da gravidade da sua patologia e que a amputação do(s) membro(s) é necessária para a melhoria da qualidade do seu tratamento ou da sua saúde.

3. O membro acima identificado é o membro correto para ser amputado, sendo que eu, ao final assinado, tive oportunidade de revisar a indicação de amputação do determinado membro e de expressar eventual contrariedade, se de fato houvesse.

4. Está ciente que a amputação do membro do organismo do paciente implica na impossibilidade de reutilização deste membro amputado sob qualquer pretexto.

5. Está ciente que a NÃO REALIZAÇÃO da amputação pode desencadear processo infeccioso grave no organismo do paciente que, ao final, pode levá-lo ao ÓBITO ou pode desencadear outros agravos de saúde com diversas consequências, também desfavoráveis à saúde do paciente.

6. Está ciente e:

() AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO AMPUTADO pelo hospital, seguindo as normas sanitárias e ambientais vigentes.

() NÃO AUTORIZA O DESCARTE DO MEMBRO pelo hospital, assumindo por sua conta e risco o dever de proceder ao descarte do membro amputado, bem como assumindo de modo exclusivo e integral a responsabilidade civil, sanitária, ambiental e penal pela realização correta do descarte do membro amputado, conforme legislação vigente.

7. O procedimento cirúrgico de amputação foi explicado previamente de forma clara pelo médico, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis.

Pude fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, inclusive com orientação acerca das consequências de não ser realizada a amputação, bem como sobre a possibilidade de retirada deste consentimento para a realização do ato médico, sem que isso implique em qualquer sanção ou impedimento de acesso ao tratamento médico adequado se mudar de opinião.

8. Está ciente de que será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico.

9. Está ciente que em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica indicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.

10. Estou ciente que poderão ocorrer sangramento no local da amputação, infecções (inclusive, grave - sepse, infecção severa e generalizada), abertura de pontos, problemas cardiovasculares e respiratórios, arritmias, dor, cicatriz com aspecto indesejado, perda ou redução de capacidade motora, perda ou redução de capacidade para o trabalho, entre outras complicações mais raras e complexas.

11. Está ciente que o ato médico em questão trata-se de uma obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado. Ou seja, mesmo com a amputação do membro, os efeitos indesejados da

patologia pode persistir ou se agravar, dependendo das condições pessoais de reação do organismo de cada paciente, bem como podem demandar a realização de outros atos médicos ou hospitalares, posteriormente.

12. Estou ciente que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados e que todo procedimento cirúrgico, não importa qual, possui risco de ÓBITO do PACIENTE, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas, quanto a resultados.

13. Está ciente de que pode ser necessária a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como de que a retirada de qualquer tecido seja encaminhada para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes. Se isso for necessário, desde já autorizo a sua realização.

14. Está ciente de que necessita cumprir integralmente as orientações médicas que foram prescritas e de que deve buscar imediatamente atendimento médico caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura de pontos, dor e outros.

15. Foi informado dos cuidados pós-cirúrgicos de proteção e de higienização do local da ferida operatória, bem como que foi cientificado de que necessita evitar movimentos e esforços físicos pós-cirurgia, sendo que a retomada das atividades físicas normais somente será possível quando houver expressa autorização médica para isso.

16. Por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado da forma como foi a mim explicada e exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e equipe, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o tratamento.

17. Se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive autorizo a complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto.

DIREITO À INFORMAÇÃO E À REVOGAÇÃO

Fui informado(a) de que:

- Tenho direito de acesso aos documentos médicos e financeiros relativos ao procedimento;
- Posso revogar este consentimento a qualquer momento, antes ou durante o procedimento, sem prejuízo, penalidade ou perda de direitos assistenciais.

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 17%

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.

ORIENTAÇÕES MÉDICAS

Caso haja qualquer efeito colateral que persista por mais de 48 (quarenta e oito) horas após o procedimento, o paciente deve procurar o profissional que realizou o procedimento e, na impossibilidade de localizá-lo, recorrer a um sistema de saúde emergencial, levando consigo toda a documentação envolvendo o procedimento médico realizado.

Este documento não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis, mas apenas os mais frequentes, podendo, eventualmente serem relatados outros efeitos colaterais, que deverão ser levados ao conhecimento do médico imediatamente.

DECLARA ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que 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.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, motivo pelo qual assumo conscientemente os riscos inerentes do procedimento e **AUTORIZO** a sua realização.

Ijuí (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____