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.

DEFINIÇÃO

O tratamento cirúrgico designado **"CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL"** consiste em PIELOPLASTIA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL. Como resultado desta operação, o paciente poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirado alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada.

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Os(as) médicos(as) responsáveis informaram, de forma clara, completa e compreensível, que:

- Foram discutidos métodos diagnósticos e terapêuticos alternativos;
- O tratamento cirúrgico proposto foi considerado a conduta mais adequada ao meu caso;
- Foram explicados, em linguagem apropriada, os objetivos, etapas e natureza do procedimento;

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos(as) profissionais envolvidos(as), e estou satisfeito(a) com as informações recebidas.

CIÊNCIA SOBRE BENEFÍCIOS, RISCOS E DESCONFORTOS

Declaro que li, ou me foi lido, o conteúdo deste termo que descreve detalhadamente riscos, desconfortos e possíveis complicações inerentes ao procedimento cirúrgico;

Compreendi que nenhum tratamento garante cura absoluta e que sua evolução pode variar conforme minha condição clínica;

Como todo procedimento médico, possui riscos à saúde do paciente, sendo que, nesse caso existem possíveis riscos e complicações mais comuns, como:

- Deiscência dos pontos da sutura;
- Hérnia incisional na região da cirurgia;
- Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior;
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
- Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico;
- Estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos;
- Necessidade de colocar sonda de "nefrostomia";
- O aspecto de "rim dilatado" aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação a respeito disso após 06 meses da data da operação;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

O procedimento poderá apresentar maiores complicações em razão de patologia ou circunstância que coloque em risco a saúde do paciente, cabendo ao paciente informar esta condição ao(à) profissional médico(a) e ao Hospital no momento da assinatura do presente termo.

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.

Por fim, **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.

Ijuí (RS) _____ de_____ de _____.

_____	_____
Ass. Paciente e/ou Responsável	Ass. Médico Assistente
Nome: _____	Nome: _____
RG/CPF: _____	CRM: _____ UF: _____