

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 “**PNEUMONECTOMIA TOTAL OU PARCIAL**” consiste na retirada parcial ou total de um pulmão.

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:

- Hemorragias (sangramentos);
- Pneumotórax contralateral (lesão da pleura ou pulmonar);
- Fratura de costela;
- Fístula periférica ou broncopleurar (vazamento de ar temporário);
- Fístula broncovascular (sangramento para dentro do pulmão);
- Hérnia cardíaca (saída do coração fora do pericárdio - membrana que reveste o mesmo, quando da necessidade de abri-la);
- Tamponamento cardíaco (acúmulo de sangue no pericárdio quando aberto);
- Hipotensão (pressão baixa);
- Arritmias cardíacas;
- Hematomas;
- Infecção de ferida operatória;
- Infarto do miocárdio;
- Edema pulmonar (líquido em excesso no pulmão por alterações pulmonares ou cardíacas);
- Insuficiência respiratória (falta de ar);
- Atelectasias (retenção de secreções nos pulmões);
- Pneumonias;
- Torção do lobo pulmonar e gangrena;
- Infarto pulmonar;
- Fístula broncopleurar (comunicação do brônquio com a pleura com saída de ar prolongada);
- Empiema pleural (pus na cavidade pleural);
- Hemoptise (escarro com sangue);
- Derrame pleural (líquido na pleural);

- Lesão de esôfago;
- Enfisema subcutâneo (ar embaixo da pele);
- Lesão de nervo frênico (paralisia do diafragma - músculo da respiração);
- Lesão de nervo laríngeo inferior (rouquidão);
- Paraplegia (lesão de medula espinhal ou de seu suprimento arterial);
- Lesão de meninge - fístula aracnóide - pleural (membrana que reveste a medula espinhal);
- Embolia tumoral (obstrução de vasos por êmbolos tumorais);
- Trombose venosa profunda (formação de coágulos no sangue por tumor ou estado de coagulação alterado);
- Insuficiência renal;
- Embolia pulmonar (êmbolo de sangue, ar, ou gordura obstruindo a circulação pulmonar, levando a dificuldade respiratória);
- Acidente vascular cerebral (derrame);
- Lesão de plexo braquial (nervos que inervam o membro superior);
- Neuralgia intercostal prolongada (dor amortecimento pós-operatória);
- Estenose de traquéia e/ou laríngea (diminuição da luz por necessidade de intubação prolongada);
- Reestenose após cirurgia traqueal e ou laríngea para estenose;
- Necessidade de reintervenção (novas cirurgias);
- Parada respiratória;
- Parada cardíaca;
- Recidiva da patologia;
- 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(a) 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, comprometendo-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

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____

UF: _____