

 HOSPITAL DE CLÍNICAS IJUÍ	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERNAÇÃO, REALIZAÇÃO DE IODOTERAPIA E LIBERAÇÃO	FO-CONSENT-340
---	--	-----------------------

ETIQUETA

CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Nome 1:	Telefone 1:
Nome 2:	Telefone 2:

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 “**IODOTERAPIA**” é um tratamento realizado por meio da administração de iodo radioativo (Iodo-131), geralmente por via oral, que é absorvido preferencialmente pelas células da tireoide. O procedimento tem como finalidade destruir ou reduzir a atividade do tecido tireoidiano, podendo ser indicado para o tratamento de determinadas doenças da tireoide, como hipertireoidismo e alguns tipos de câncer de tireoide, inclusive para eliminar tecido tireoidiano remanescente após cirurgia. A dose e a forma de administração são definidas de acordo com a indicação clínica e as características de cada paciente.

RADIOMETRIA DIÁRIA DO PACIENTE

DATA - HORA	Tx de Dose a 1m	Tx de Dose a 2m
	µSv/h	µSv/h
	µSv/h	µSv/h
	µSv/h	µSv/h
	µSv/h	µSv/h

LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de liberação do paciente:	
Taxa de exposição a 2m:	

ENDEREÇO ONDE O PACIENTE PERMANECERÁ APÓS A LIBERAÇÃO:

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:

- Náuseas, vômitos, dor ou desconforto abdominal.
- Dor, inchaço ou inflamação temporária na região da tireoide ou do pescoço.
- Inflamação das glândulas salivares (sialadenite), podendo causar dor, inchaço e redução da produção de saliva.
- Boca seca e alterações temporárias ou persistentes do paladar e/ou olfato.
- Alterações da função da tireoide, especialmente hipotireoidismo, podendo ser necessária reposição hormonal.
- Alterações transitórias das células sanguíneas, especialmente quando utilizadas doses mais elevadas.
- Alterações temporárias da função das gônadas e da fertilidade, principalmente após doses elevadas ou repetidas.
- Exposição à radiação ionizante, exigindo cumprimento das medidas de radioproteção após o tratamento.
- Risco de efeitos sobre o feto ou lactente, razão pela qual o tratamento é contraindicado durante a gestação e amamentação.
- Raramente, efeitos tardios relacionados à radiação, incluindo pequeno aumento do risco de neoplasias secundárias, especialmente com doses cumulativas elevadas.

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.

CONTATOS DE EMERGÊNCIA

Físico Responsável - Dr. Gerson: (55) 9 8428-6888

Médico Nuclear - Dr. Michel: (55) 9 9994-9697

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.

DECLARO estar ciente de que o tratamento com radioiodo envolve exposição à radiação ionizante, razão pela qual me comprometo a seguir rigorosamente as orientações e medidas de radioproteção aplicáveis, as quais serão fornecidas pelo Hospital.

DECLARO estar ciente de que não poderei estar grávida no momento da realização do tratamento com radioiodo, bem como deverei evitar a gravidez pelo período mínimo de 6 (seis) meses após a alta, seguindo as demais orientações fornecidas pela equipe médica.

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

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____