

Código de Ética Médica: Princípio Fundamental: “O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança e executados com diligência, competência e prudência.” Art. 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 340 - “É VEDADO ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.”

O (A) paciente _____, ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente autônomo (a), o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SE sob o n.º _____, para realizar o procedimento de AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) (especificar) _____ no nível _____, assim como todo e qualquer outro ato necessário nesta ocasião, inclusive anestésias, transfusões de hemoderivados ou outras condutas médicas que venham ao encontro de necessidades assistenciais, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde que julgar necessários. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética e no artigo 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto a ser autorizado.

DEFINIÇÃO: Amputação é a retirada cirúrgica total ou parcial de membro(s).

PRINCIPAIS INDICAÇÕES: doenças vasculares, infecção periférica principalmente em pacientes diabéticos; trauma; deformidades congênitas, tumores, entre outros.

Declaro ainda que o(a) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias, as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico, sendo possível a ocorrência de complicações durante ou após o procedimento cirúrgico: infecção, necrose do coto; formação de neuroma (nódulo no local do corte do nervo); causalgia (dor no coto), dor fantasma (sensação de dor no segmento que foi amputado); possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz elevada grosseira), cicatrização demorada com abertura dos pontos e, mais raramente, óbito.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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 em meu benefício.

Declaro que neste ato fui informado pessoalmente sobre a destinação do membro a ser amputado, ficando a cargo do Hospital Primavera, o destino preconizado pelos órgãos sanitários. RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA 358/05.

Confirmo que recebi explicações, li o presente termo de autorização, compreendi os termos médicos aqui sinalizados, concordando com os termos deste documento, tendo sido-me dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido, seus desconfortos e riscos, pelos eventuais efeitos indesejáveis secundários. Entendi e concordo voluntariamente com o que se fizer necessário para que a amputação do(s) supracitado(s) membro(s) tenha o resultado pretendido.

Estou ciente que meu consentimento poderá ser retirado de maneira formal, desde que seja antes do procedimento, sem que tal fato implique em penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que eu possa ter adquirido, ou ao meu atendimento neste serviço. Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Aracaju, ____ de ____ de ____.

Paciente ou responsável/representante legal

A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente ao paciente o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar, a qualquer momento, antes da cirurgia, o consentimento que agora é concedido e firmado.

Aracaju, ____ de ____ de ____ . Hora: ____ : ____

Assinatura do(a) Médico(a): _____

Testemunha / RG / CPF: _____