

COLAR ETIQUETA**Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável Sr.(a) _____, 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, Dr(a) _____, inscrito(a) no CRM-SE _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**VIDEO-LAPAROSCOPIA PARA ENDOMETRIOSE**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

1. Caracteriza-se: pela presença de células da camada que forma a menstruação fora do útero, localizando-se preferentemente no peritônio e ovários, podendo ainda atingir vagina, intestino, bexiga, etc.
2. Tipo de cirurgia: a Vídeo-Laparoscopia é a cirurgia padrão para o diagnóstico e tratamento da doença. Durante esta, podem-se realizar retirada e cauterização das lesões peritonais, aderências, cistos de ovário, necessitando em casos avançados a retirada parcial ou total de órgãos como: útero, trompas, ovários, intestino e bexiga. Nestas situações, pode ser necessário para maior segurança, converter a vídeo-cirurgia para uma cirurgia aberta (Laparotomia).
3. Indicações: dor pélvica crônica, cólicas menstruais fortes, dor à relação, cistos ovarianos sugestivos de Endometriose, infertilidade

COMPLICAÇÕES:

1. Complicações imediatas (0.14% a 0.60%): hematoma de parede abdominal, enfisema subcutâneo, trauma vascular (hemorragia), lesão de bexiga, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, morte.
2. Complicações pós-operatórias: náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal e na região escapular (ombro).
3. Complicações tardias: infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional.

4. Recidiva: é alta, podendo chegar a cerca de 50% dos casos.
5. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - 3.13.07.04-3

CID – N73.6 / N73.8 / N73.9 / N80.1 / N80.2 / N80.3 / N80.4 / N80.5 / N80.9 / N97.9 / R10.2

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.

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.

Finalmente, 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.

Aracaju (SE) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Código de Ética Médica - 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. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.