

**HEMORROIDECTOMIA**

O presente termo de consentimento foi elaborado de acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina, sendo de obrigatória leitura e preenchimento, tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações) relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações fornecidas em consulta pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Associação Hospital do Centro - Campo Largo – Paraná, em que o paciente foi prévia e devidamente informados e esclarecido, com linguagem clara e acessível, tendo tido a oportunidade de sanar todas as suas dúvidas acerca do procedimento.

**Dados do Paciente**

Nome do Paciente:

Nome da responsável legal:

Data de Nascimento:

CPF:

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Hemorroidas são veias dilatadas da região do reto distal e ânus. Podem causar dor, sangramento e tumoração localizada. Há uma forma interna e outra externa. O tratamento pode ser medicamentoso em fases iniciais, sendo que em 10 a 20% é necessária cirurgia. Existem dois tipos de cirurgia convencional: técnica aberta (cicatrização sem pontos) ou fechada (cicatrização com pontos). A técnica aberta é a mais usada. É considerada uma cirurgia contaminada.

**DAS COMPLICAÇÕES GERAIS DO PROCEDIMENTO / COMORBIDADES**

- Sangramento, hematoma, equimose. Infecção local ou septicemia (infecção generalizada).
- Plicomas residuais (excesso de pele). Edema local.
- Dor local persistente, de difícil controle.
- Retenção urinária, infecção urinária, constipação e impactação fecal.
- Fissura anal, fístula perianal, prurido anal, incontinência anal (transitória ou definitiva). Tempo prolongado de cicatrização, estenose anal, estenose retal recidiva.
- Prolapso mucoso e/ou ectrópio mucoso. Em ambos os casos podem haver uma condição chamada “ânus úmido”, com presença de sintomas de desconforto, prurido, secreção anal persistente, sangramentos discretos, edema, perda da continência anal.
- Embora seja incomum, em alguns casos, as cicatrizes podem ser hipertróficas (cicatrizes elevadas e espessas) ou queloides (cicatrizes que se estendem além do limite da incisão original). Essas complicações de cicatrização podem ocorrer em algumas pessoas.
- Incontinência fecal ou urinária.
- Pode resultar em problemas de controle esfinteriano, levando a dificuldades com a continência fecal ou urinária. Essa complicação é mais comum em casos de hemorroidectomia que envolvem um maior grau de extirpação dos tecidos.
- Pessoas com condições médicas, como doenças inflamatórias intestinais, doenças do colágeno e doenças sistêmicas, podem aumentar o risco de complicações e prejudicar a cicatrização pós-cirúrgica;
- Necessidade de reoperação.
- **Complicações cardiológicas, acidente vascular cerebral – AVC, infarto, pneumonia, parada cardiorrespiratória, trombozes, embolia pulmonar, (situação grave, potencialmente fatal), são pouco comuns em pacientes de baixo. Risco cirúrgico, sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas, porém podem ocorrer mesmo em paciente com exames pré-operatórios dentro da normalidade.**

**HEMORROIDECTOMIA**

- **Pacientes sabidamente com maiores riscos de complicações acima descritas: idade avançada; obesidade extrema; gestantes; condições médicas preexistentes; histórico de cirurgias abdominais prévias; distúrbios psiquiátricos; pacientes sem suporte familiar adequado; tabagismo e consumo excessivo de álcool; histórico de tromboembolismo venoso; resistência à insulina e diabetes mal controlado; problemas cardíacos; pacientes em estado grave; doenças crônicas não controladas; infecções ativas; distúrbios hemorrágicos; histórico de complicações cirúrgicas anteriores; alergias ou intolerâncias a materiais que são confeccionando-as telas cirúrgicas.**

**INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Associação Hospital do Centro - Campo Largo – Paraná possui CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) atuante e ativa, de acordo com as normas vigentes. A legislação nacional vigente baseada na Portaria nº 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nasocomial Infections Surveillance - Vigilância Nacional Nasocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

- Cirurgias limpas: potencial de infecção de até 4%. São aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local, e que durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.
- Cirurgias potencialmente contaminadas: potencial de infecção de até 10%. São aquelas que necessitam drenagem aberta e/ou ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.
- Cirurgias contaminadas: potencial de infecção de até 20%. São aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
- Cirurgias infectadas: potencial de infecção de até 40%. São aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local - pus) e/ou tecido necrótico.

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

- Todo procedimento médico é procedimento reparador por sua natureza própria. A saúde humana é o conjunto de bem-estar físico, mental e social, sendo que os procedimentos invariavelmente interferem nesse conjunto melhorando e reparando a saúde dos pacientes. Também é de ciência do(a) paciente que o médico assume neste ato, e em todos os outros atos médicos, inequivocamente uma obrigação de meio. **E, portanto, não foi prometido pelo médico assistente nenhum resultado.**
- Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos de uso contínuo ou esporádico, que estão sendo administrados a este paciente.
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e jejum necessário antes do procedimento.
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar anestesia. Concordo ainda com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento.
- Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido.
- Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento autorizo a realização do procedimento proposto.
- A cicatrização varia de pessoa para pessoa, e algumas pessoas podem desenvolver cicatrizes mais proeminentes do que outras. A estética da área operada pode não ser completamente restaurada.

**HEMORROIDECTOMIA**

- Pode existir a necessidade de permanecer em UTI a depender de ocorrência de complicação pré-operatória, detectada pela equipe médica.
- Estou ciente de complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização em qualquer momento do ato cirúrgico.
- Estou ciente da eventualidade de suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia ou outras condições técnicas ou clínicas, surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
- Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados ou necessidade de modificar a técnica cirúrgica programada. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento da equipe médica até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.
- Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
- Autorizo igualmente que imagens do procedimento e exames complementares possam ser utilizadas para fins científicos, incluindo apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.
- Fui informado de que, após o procedimento, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação. Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação. O acompanhamento pós-operatório é essencial para monitorar a recuperação, identificar quaisquer problemas e abordar preocupações à medida que surgem. O sucesso da cirurgia depende não apenas da habilidade do cirurgião, mas também da colaboração entre o paciente e a equipe médica ao longo do processo de tratamento. A satisfação final com os resultados do procedimento pode variar de pessoa para pessoa, dependendo da resposta individual do paciente.
- Pacientes sabidamente com maiores riscos de complicações acima descritas: idade avançada; obesidade extrema; gestantes; condições médicas pré-existentes; histórico de cirurgias abdominais prévias; distúrbios psiquiátricos; pacientes sem suporte familiar adequado; tabagismo e consumo excessivo de álcool; histórico de tromboembolismo venoso; resistência à insulina e diabetes mal controlado; problemas cardíacos; pacientes em estado grave; doenças crônicas não controladas; infecções ativas; distúrbios hemorrágicos; histórico de complicações cirúrgicas anteriores; alergias ou intolerâncias a materiais que são confeccionados as telas cirúrgicas.
- **ENTENDO** que tanto o médico quanto sua equipe se obrigam a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o melhor resultado possível para cada caso, e que não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática médica; razões pelas quais ACEITO o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultados.
- **DECLARO** que nada omiti em relação à minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica, ficando o médico autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso a minha ficha clínica que

**HEMORROIDECTOMIA**

exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica, ou consultório e inclusive a solicitar segundas vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e outros que porventura existirem.

- **DECLARO**, ainda, que todas as informações prestadas no período de consultas foram diretamente a mim passadas verbalmente pelo (a) médico (a) e que estou convicto (a) de que os benefícios esperados de minha parte são maiores e mais importantes que os possíveis riscos.



## TERMO DE CONSENTIMENTO

### HEMORROIDECTOMIA

EU ENTENDI que qualquer omissão ou descuido com os cuidados e recomendações deste termo, sem prejuízo de outras solicitadas ou prescritas, inclusive, ausência de retornos, pode trazer prejuízo e comprometer o tratamento e o objetivo pretendido, podendo causar sequelas e danos à saúde, por isso, eu comprometo-me a seguir as orientações prestadas pelo médico.  SIM  NÃO

#### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu \_\_\_\_\_ declaro ter lido e compreendido este documento, expressando livremente meu consentimento para realização do procedimento de (nome) e estando ciente que posso revogar meu consentimento a qualquer tempo antes da execução.

Campo Largo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

#### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter explicado o procedimento indicado ao paciente/responsável, seus benefícios, riscos, alternativas, contraindicações, complicações, efeitos colaterais e adversos, tendo respondido às perguntas formuladas, estando o paciente em condições de compreender o que lhe foi informado.

Campo Largo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome/Assinatura do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_