

VIDEOTORACOSCOPIA E DESCORTICAÇÃO PULMONAR

Este termo 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

A Videotoracoscopia e Descorticação pulmonar é um procedimento cirúrgico para remover sangue, secreções e fibrina que existam sobre o pulmão e que impedem o pulmão de expandir. A cirurgia é indicada quando existe uma infecção pleural ou encarceramento pulmonar que provoque disfunção respiratória.

DAS COMPLICAÇÕES GERAIS DO PROCEDIMENTO / COMORBIDADE

- Risco de hemorragia.
- Risco de infecção.
- Risco de colapso pulmonar.
- Danos a órgãos ou estruturas vizinhas.
- Fístula broncopleural/broncovascular.
- Empiema pleural.
- Disfunções respiratórias.
- Risco de morte.
- **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.**
- **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 A 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 portaria no 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a

VIDEOTORACOSCOPIA E DESCORTICAÇÃO PULMONAR

CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS Nacional Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nacional de Infecção, órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgia Limpas 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas 10%, cirurgias contaminadas 20%, cirurgias infectadas 40%. mesmo tomando todas as medidas possíveis para prevenção esse risco existe e deve ser considerado.

Eu, acima identificado, na condição de paciente do hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

- Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, poderá ser necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- Confirmando que recebi explicações, as quais foram esclarecidas de forma transparente e precisa, li, compreendo e concordo com tudo que me foi explicado e que me foi concedida a oportunidade de livremente e com autonomia anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.
- Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte do meu prontuário médico.
- Igualmente, estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença pode 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, segundo seu julgamento.

CONSENTIMENTO INFORMADO

- 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 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.
- 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.
- 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.
- Pode existir a necessidade de permanecer em UTI a depender de ocorrência de complicação pré-operatória, detectada pela equipe médica.

VIDEOTORACOSCOPIA E DESCORTICAÇÃO PULMONAR

- 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.
- 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.
- 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.**
- 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.
- **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 qualquer tipo de ofensa. Fica também autorizado o acesso à minha ficha clínica que 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.

VIDEOTORACOSCOPIA E DESCORTICAÇÃO PULMONAR

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: _____