

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
NOME DO PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF OU RG:
NOME DA MÃE DO PACIENTE:
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:
CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:
NOME DO MÉDICO:
CRM:
TÉCNICA APLICADA: ( ) ABERTA/CORTE ( ) VÍDEOLAPAROSCOPIA – VLP

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

- Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado a realizar o procedimento cirúrgico invasivo de “APENDICECTOMIA”, 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.
- Estou ciente que a cirurgia de apendicite aguda consiste na retirada do apêndice cecal, órgão que se situa na região inferior direita do abdômen e faz parte do sistema digestório. Seu comprimento é variável, mas dificilmente ultrapassa 8 cm. O apêndice cecal é um órgão linfático dotado por grande quantidade de glóbulos brancos, responsáveis pela defesa do organismo, por isso é considerado um órgão imunitário secundário.
- Estou ciente que a cirurgia pode ser realizada por via aberta (corte) ou por videolaparoscopia, conforme decisão técnica do médico cirurgião.
- Estou ciente que se trata de “cirurgia infectada” em razão do local no organismo humano onde ela é realizada, de acordo com a definição dada pela Portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde, o que significa que o paciente está sujeito ao mais elevado índice de infecção cirúrgica, na ordem de 40% dos casos. Estou ciente que a eventual ocorrência da infecção, neste caso específico, não decorre de qualquer falha no atendimento, mas sim de um risco inerente do ato médico a ser executado.
- Esse procedimento cirúrgico me foi explicado previamente de forma clara pelo médico e equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude.
- Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.
- Estou ciente que as complicações mais comuns de ocorrer nesta cirurgia, porém, não limitadas somente a estas, são: 1. *Peritonite ocorre quando a infecção do apêndice se dissemina (espalha) por toda a cavidade abdominal* 2. *Septicemia (infecção se espalha por todo organismo podendo levar a óbito)* 3. *Infecção da ferida operatória e eventual necrose da parede abdominal* 4. *Trombose venosa profunda* 5. *Embolia pulmonar* 6. *Hérnias incisionais (no local dos cortes)* 7. *Fístula intestinal* 8. *Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira)* 9. *Sangramento com necessidade de transfusão.*

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

8. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Fui esclarecido que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de MORTE / ÓBITO do paciente, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

9. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

10. Estou ciente de que, para realizar o procedimento em questão, será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

11. Estou ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente:

**a)** *Nos casos de Anestesia Regional (Raquianestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.*

**b)** *Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.*

**c)** *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

12. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

13. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

14. Caso necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE APENDICECTOMIA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

15. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.

16. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento realizado.

17. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas, conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente.

18. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, alergias a medicamentos ou alimentos, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado do tratamento.

19. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

20. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, AUTORIZANDO a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
 Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a): \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**