

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

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO:</b>
<b>CRM DO MÉDICO:</b>

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado e demais profissionais vinculados ao seu atendimento a realizar o(s) seguinte(s) procedimento(s) cirúrgico(s) em benefício do paciente:

---



---



---



---

2. Este(s) procedimento(s) cirúrgico(s) me foi(ram) explicado(s) 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.

3. Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), 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.

4. 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 (Raqui-anestesia / 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*

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

*reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

5. Fui informado sobre o risco de contrair **INFECÇÃO** posterior a realização de um procedimento cirúrgico, compreendendo que a origem de tal infecção não necessariamente pode estar relacionada com uma ação ou omissão realizada antes ou durante o procedimento cirúrgico; ou seja, entendi que a infecção pode estar relacionada a fatores alheios a tudo isto, como, por exemplo: já estar previamente presente no organismo do paciente; no ambiente externo ao hospital que o paciente frequenta; decorrer de uma ação ou omissão do próprio paciente no cuidado pós-operatório; se desenvolver a partir de uma condição favorável (baixa imunidade) do paciente; dentre outras hipóteses previstas na literatura médica.

6. Fui informado que os índices de infecção em ambiente hospitalar aceitos no Brasil são estabelecidos usando-se como parâmetro os dados da ANVISA, frisando-se que não existe “risco zero” de infecção em ambiente hospitalar. De acordo com a Portaria nº 930 do Ministério da Saúde/DENASUS de 27 de agosto de 1992, são conceituados os procedimentos cirúrgicos como:

a) Operações Limpas: São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas e traumáticas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.

b) Operações Potencialmente Contaminadas: São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias limpas com drenagem se enquadram nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

c) Operações Contaminadas: São aquelas realizadas em tecidos traumatizados recentemente e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária.

d) Operações Infectadas: São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local), tecido necrótico, corpos estranhos e feridas de origem suja.

*Diante disso, compreendo que quando o caso específico do paciente se enquadrar em alguma das hipóteses acima classificadas haverá um risco maior de desenvolver uma infecção.*

7. Fui esclarecido e compreendi que a origem da infecção nas hipóteses acima destacadas pode ocorrer independentemente de uma ação ou omissão do hospital ou de algum de seus profissionais; isto é, ela é possível de ocorrer como risco inerente à mera realização do procedimento cirúrgico.

8. Fui ainda 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). Além disso, fui informado que também há risco maior de ocorrência de infecção em pacientes vítimas de acidente de trânsito ou que estiveram em contato prévio com sujeira.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

9. 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, caso tiver, 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.

10. Fui informado que são riscos associados direta ou indiretamente a todo procedimento cirúrgico: *possibilidade de isquemia periférica, problemas cardíacos (baixo débito, arritmias, bloqueios atrioventriculares, infartos, dissecação aguda da aorta); infecções (inclusive grave – sepse); sangramento; reações secundárias; coágulos; perda de sensibilidade; perda de funcionalidade das extremidades; paralisias; acidente vascular encefálico; dano cerebral (temporários ou permanentes); ataque cardíaco; fístulas e abertura de suturas; deficiências proteicas; anemia; tromboembolismo venoso (TEV); fraturas associadas; rigidez articular que pode dificultar a marcha; sangramento; aumento da pressão dos compartimentos dos membros inferiores e superiores com conseqüente compressão vascular; alterações pulmonares que podem exigir o uso prolongado de assistência ventilatória mecânica e/ou drenagens (pneumotórax e derrame pleural); alterações vasculares com possibilidade de falência múltipla de órgãos; falhas de aparelhos (próteses e enxertos); escaras de decúbito (úlceras de pressão); discrasias (alteração sanguíneas e hemorrágicas); lesões (temporárias e/ou definitivas) das funções; evento tromboembólico; cessação, alteração ou dificuldade de movimentos; perda ou alteração de força de membro; lesão vasculo-nervosas; instabilidade ou deslocamento de prótese; queimaduras do bisturi elétrico; cicatriz no local da incisão ou dos pontos; lesão em órgão ou nervo; perda ou redução da capacidade de locomoção ou para o trabalho; amputação de membro, e, inclusive, risco de MORTE / ÓBITO.*

11. 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.

12. Fui esclarecido de que, dependendo do caso específico, para realizar o(s) procedimentos(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), de acordo com o julgamento exclusivo do médico assistente. Fui cientificado de que, ocorrendo o uso de OPME, com o passar do tempo é possível que a placa, a órteses ou a prótese implantada, especialmente em áreas perpendiculares, mas não exclusivamente nestas, pode fadigar e conseqüentemente quebrar, mesmo com o osso já consolidado. Se isso ocorrer poderá ocasionar a necessidade de realização de uma nova cirurgia para retirada ou substituição da placa, da órtese ou prótese.

13. Fui ainda orientado sobre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14. 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.

15. 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 A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO          CIRÚRGICO</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, 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 da cirurgia.

20. 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.

21. 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.

22. Fui informado sobre a possibilidade de retirar o presente consentimento, se eu assim desejar, sem que isso implique em qualquer sanção ou impedimento de buscar tratamento médico no futuro.

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(s) procedimento(s) acima identificado(s) e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste(s).

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**

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> 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:		
Não se aplica ( )		

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

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