**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

|  |
| --- |
| **Procedimento: Laparotomia exploradora** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Paciente (“Paciente”)** | |
| Nome: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de Nascimento: | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificação do Responsável (“Responsável”)**: (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado): | |
| Nome do Responsável: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endereço: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefone: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| CPF/ME: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 (“Código de Defesa do Consumidor” ou “CDC”), **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **LAPAROTOMIA EXPLORADORA – CID-10 R10.0, codigos CBHPM 31009352/ 31009174** (o “Procedimento”), a ser realizado no Instituto Orizonti, hospital localizado na Avenida José de Patrocínio Pontes, n° 1355, Bairro Mangabeiras, CEP n° 30.210-090, na Cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 (“Código de Ética Médica”) e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento (anteriormente citado), prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do Paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO**: [ABDOME AGUDO/ DOR ABDOMINAL]

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO**: [A laparotomia é a operação que envolve a abertura da cavidade abdominal, para que o cirurgião possa avaliar os órgãos internos, identificar e tratar as doenças agudas destes. O procedimento pode ser realizado por via aberta, ou ainda por via laparoscópica, a depender da indicação do cirurgião e da doença a ser tratada.

As principais indicações são para a perfuração de vísceras ocas (estômago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso), obstrução intestinal por diversas causas (por exemplo, tumores e aderências intestinais), inflamações dos órgãos abdominais também por causas diversas (por exemplo: diverticulite aguda ou apendicite aguda com derrame de secreção purulenta em toda a cavidade, inflamações intestinais de origem infecciosa, etc.) ou por alterações vasculares que podem levar a necrose e perfuração do intestino. A operação permite, então, que o cirurgião visualize diretamente os órgãos, e, assim, identifique as alterações que necessitam ser abordadas. No mesmo procedimento, também pode ser realizado o tratamento definitivo, que é específico para cada caso. Ocasionalmente, são necessárias ressecções de porções do intestino e, nesses casos, há a possibilidade de se realizar uma ostomia intestinal (a “bolsinha” para evacuação). Outras intervenções podem ser necessárias e variam conforme o problema identificado.

A laparotomia exploradora pode ser realizada ainda para realizar biopsias dentro da cavidade abdominal ou ainda apenas fazer diagnostico mais acurado de uma causa pra patologia abdominal a esclarecer.

Após o término do procedimento, o cirurgião faz o fechamento da parede abdominal, em camadas separadas.

**RISCOS, COMPLICAÇÕES**: Declaro ter sido informado (a) que na herniorrafia inguinal, existem riscos inerentes a quaisquer procedimentos cirúrgicos abdominais, tais quais embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão inadvertida de outros órgãos adjacentes por eletrocautério, lesão inadvertida de alças intestinais, trombose venosa profunda e suas consequências, complicações pulmonares como atelectasias e/ou pneumonias bem como embolia pulmonar, dores nos ombros, sensação de gases, hérnias incisionais, infecção da ferida operatórias, cicatrizes hipertróficas ou quelóides.

Fui também informado (a) de outros riscos específicos das laparotomias exploradoras: evisceração, ou seja, a falha da cicatrização da parede abdominal com ruptura e necessidade de reabordagem cirúrgica de urgência (mais frequente em paciente desnutridos, com infecções importantes na cavidade abdominal ou com diagnósticos de tumores ou em tratamento com quimioterápicos); Eventração e hérnia incisional, que é a abertura da camada mais profunda do abdome que pode necessitar de uma nova intervenção cirúrgica, geralmente de forma programada; recorrência de abscesso intra-abdominal, geralmente relacionado à doença que motivou o quadro; seroma, que é a coleção de líquido claro na incisão; hematoma, coleção de sangue na incisão; retenção urinária (com necessidade de passagem de sonda); equimose da bolsa escrotal e/ou pênis.

Além dessas complicações, pode haver também complicações específicas da doença que foi identificada e dos procedimentos realizados para tratá-la.

Estou ainda ciente dos riscos de complicações clínicas durante ou após a cirurgia, dentre elas: cardiológicas, vasculares e cerebrais, incluindo risco de infarto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Centro de Terapia Intensiva e até mesmo o óbito intra- ou pós-operatório.

**INFECÇÃO HOSPITALAR:** A 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 (Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

Fui informado que a laparotomia exploradora pode ser considerada uma cirurgia limpa, potencialmente contaminada, contaminada ou até infectada, dependendo da doença que causou o quadro, das alterações identificadas durante a operação e, também, dos procedimentos que devem ser realizados como parte do tratamento. Dessa forme, o risco de infecção é variável e será mais bem esclarecido após o término da cirurgia.

**BENEFÍCIOS POTENCIAIS DO TRATAMENTO**: Fui informado(a) que o tratamento cirúrgico do abdome agudo é cirúrgico na maioria das vezes, uma vez que a causa do problema não se resolve com tratamento conservador (sem a operação) e, muitas vezes, pode ameaçar a vida. Com a operação é possível diagnosticar a causa da doença e realizar os procedimentos necessários para tratá-la.

**TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**: Fui informado (a) que as possibilidades de tratamentos alternativos do abdome agudo, muitas vezes, apresentam risco muito elevado e, portanto, não são razoáveis. Sempre que o tratamento conservador for uma alternativa, este será esclarecido ao paciente, juntamente com os riscos dessa conduta. Caso a via de acesso por laparoscopia seja uma forma disponível de tratamento, será também discutida com o paciente.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.

2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.

4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.

5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiologista] ou [emitido pelo médico anestesiologista e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE**, e a realização de outros procedimentos invasivos, terapias alternativas e os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, que ficarão limitados aos profissionais de saúde do Instituto Orizonti.

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

7. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

8. Autorizo a realização de filmagens/fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) médico(a)/cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, MG, [\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_][\_\_:\_\_]

|  |
| --- |
| **Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)  **Assinatura do Responsável Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**