	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Colectomia parcial ou total	Código	FQ-ULA-40600
		Versão	0
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	1 / 5

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___, ou seu responsável _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização

ao (a) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____

Credenciado pelo Hospital Unimed, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL, e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.


DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

DOENÇA DIVERTICULAR DO COLON: Presença de divertículos no intestino grosso, localizada mais frequentemente do lado esquerdo do intestino grosso (Cólón Sigmóide), mas pode atingir o cólon. Indicações cirúrgicas na doença diverticular:

- a) Intratabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido à dor ou crises sub-oclusivas.
- b) Pelo menos dois ataques de diverticulite depois dos cinquenta anos.
- c) Casos de urgência – sangramento, obstrução ou infecção severa.

CÂNCER DE CÓLON: Presença de tumoração em alguma parte do cólon, sendo o mais comum o adenocarcinoma.

CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS: Colectomias parciais ou totais (retirada parcial ou total do intestino grosso) conforme a localização da doença. Em alguns casos, existe a necessidade de deixar ostomias (bolsa coletora de fezes). A cirurgia pode ser realizada por vídeo cirurgia ou por cirurgia convencional, com corte.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Colectomia parcial ou total	Código	FQ-ULA-40600
		Versão	0
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	2 / 5


COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações;
2. Fístulas nas anastomoses, que podem exigir reoperações e estomas (bolsas de colostomias);
3. Recidiva dos tumores no intestino ou no fígado e pulmões;
4. Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, graves, podendo levar a óbito;
5. Trombose venosa profunda;
6. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);

A cirurgia do câncer exige seguimento rigoroso no pós-operatório, principalmente nos primeiros cinco anos da cirurgia. No caso de doença diverticular podem ocorrer estenoses nas anastomoses exigindo dilatações ou reoperações. Nos casos de ressecções parciais do cólon, poderão ocorrer novas crises de diverticulite no cólon remanescente, podendo ocorrer à necessidade de reoperações.

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 (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local).

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Colectomia parcial ou total	Código	FQ-ULA-40600
		Versão	0
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	3 / 5

Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.


Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem 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 para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O (A) médico (a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso à minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Colectomia parcial ou total	Código	FQ-ULA-40600
		Versão	0
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	4 / 5

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.


Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Balneário Camboriú (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
_____	_____
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(o) paciente
_____	_____
RG Nº	RG Nº
_____	_____
Nome	Nome
Balneário Camboriú (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:_____	

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 – Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – Colectomia parcial ou total	Código	FQ-ULA-40600
		Versão	0
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	5 / 5

Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 24º Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. Art. 31º. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. Art. 34º. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.