	TERMO DE CONSENTIMENTO	Código	FQ-ULA-40583
	INFORMADO – Herniorrafia inguinal	Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	1 / 4

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 (à) 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: HERNIORRAFIA INGUINAL, 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.

DEFINIÇÃO: é a protusão de uma víscera ou órgão através de um buraco na parede abdominal (região inguinal); é uma doença bastante comum, 3% das pessoas têm esse tipo de hérnia. Pode ser congênita, ou adquirida (situações que favorecem o enfraquecimento da parede: fumo, obesidade, constipação intestinal, tosse crônica, prostatismo). A cirurgia pode ser aberta (corte) ou videolaparoscópica. O uso de tela de polipropileno é opcional na cirurgia aberta e obrigatório na videolaparoscópica.

COMPLICAÇÕES:

1. Recidiva da hérnia;
2. Hematoma (coleção de sangue) na ferida operatória;
3. Seroma (acúmulo de líquidos);
4. Infecção da ferida operatória;
5. Dor crônica;
6. Neuralgia;
7. Aumento do volume e dor testicular (transitório);
8. Orquite isquêmica (atrofia do testículo);
9. Retenção urinária (com necessidade de passagem de sonda);
10. Equimose da bolsa escrotal e/ou pênis;
11. Lesão de alça intestinal e vasos sanguíneos;

	TERMO DE CONSENTIMENTO	Código	FQ-ULA-40583
	INFORMADO – Herniorrafia inguinal	Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	2 / 4


12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

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 Infectores 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 abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). 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 HERNIORRAFIA INGUINAL, 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 mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

	TERMO DE CONSENTIMENTO	Código	FQ-ULA-40583
	INFORMADO – Herniorrafia inguinal	Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	3 / 4

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.

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	
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.	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Balneário Camboriú (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

	TERMO DE CONSENTIMENTO	Código	FQ-ULA-40583
	INFORMADO – Herniorrafia inguinal	Versão	00
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	4 / 4

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.

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.