

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, 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, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM- _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“EMBOLOGIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL”**, 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. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: A cirurgia consiste na embolização parcial ou completa da malformação arteriovenosa cerebral através da microcateterização seletiva da malformação e injeção de agente embolizante líquido, para exclusão da mesma da circulação. Tal procedimento é realizado a partir de punção da artéria femoral, pela qual são introduzidos os cateteres necessários.

COMPLICAÇÕES: Cirurgia de grande porte apresenta alta morbidade (complicações):

01. Sangramentos;
02. Convulsões;
03. Complicações relacionadas a Punção femoral (hemorragia, hematoma local, hematoma retroperitoneal, oclusão arterial com gangrena, amputação da perna, pseudo aneurisma);
04. Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos ou hemorrágicos (AVC – derrame);
05. Insuficiência renal relacionada ao uso de contraste.
06. Paralisias motoras (Hemiplegias, Tetraplegias, Paraplegias);
07. Alterações da fala;
08. Visão (Cegueira, Diplopia);
09. Septicemia (infecção atinge todo organismo).
10. Sensibilidade;
11. Embolia pulmonar em geral muito grave, podendo levar a óbito.
12. Desvios de rimas (Paralisia facial);
13. Complicações acima e pode levar a vida vegetativa (coma irreversível);
14. Dificuldade para deglutição;
15. Falta de controle miccional e fecal;
16. Dificuldade respiratória irreversível, levando a dependência de uso de aparelhos para manter a respiração;
17. Óbito;

CBHPM –

CID10: Q 28.2

Infecção relacionada à assistência à saúde

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e 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.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Código de Ética Médica – Art. 22º. É vedado ao médico 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. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou 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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EMBOLIZAÇÃO DE MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA CEREBRAL

concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

