

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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 "**CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA**", 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: tratamento da Incontinência Urinária. Como consequência desta operação permanecerei com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

COMPLICAÇÕES:

1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
2. Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
3. Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome).
4. Formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem (uretrolise).
5. Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise).
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
9. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
10. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
11. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.11.04.11-8

CID – N.33.8

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.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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, compromissando-se 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. Médico 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 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.