



GRUPO IMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Setembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	_____/_____/_____/_____
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui			

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 (a) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) na CRM-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“ARTRODESE DE COLUNA CERVICAL”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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:

esta cirurgia consiste em fixar um segmento da coluna que está instável em função de desgaste natural, fraturas, metástases ósseas, degenerações, instabilidade por hérnia de disco, etc. Pode ser utilizado material metálico para fixação, como barras, hastes, parafusos, cages. Pode ser necessário uso de enxerto ósseo do paciente ou de outro doador. Pode ser necessário uso de estimuladores de ossificação.

COMPLICAÇÕES:

- 1-Infecção superficial e profunda.
- 2-Hematoma em ferida operatória.
- 3-Diminuição de força em membros inferiores e superiores.
- 4-Dormência em pernas e membros superiores.
- 5-Alterações urinárias.
- 6-Paraplegia e tetraplégica.
- 7-Necessidade de reoperação.
- 8-Deiscência de ferida operatória.
- 9-Lesão de dura-máter com fistula liquórica.
- 10-Hematoma intra-canal com compressão medular.
- 11-Dor na retirada do enxerto quando necessário.
- 12-Cicatrização com quelóide.
- 13-Soltura e/ou quebra de material quando utilizado.
- 14-Embolia pulmonar.
- 15-Trombose venosa profunda.

CBHPM: 3.07.15.02-4

CID: M542

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 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



GRUPO IMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Setembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	_____/_____/____
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

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.