

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLPOPLASTIA ANTERIOR

Data: Fevereiro/2024 Versão: 003

| | | | |
|-----------------|-------|--------------|------------------|
| 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 (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 “**COLPOPLASTIA ANTERIOR**”, 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 no art. 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: consiste na correção da parte anterior do períneo, corrigindo a cistocele (bexiga caída), podendo ser usada tela de polipropileno.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragia;
2. Lesão accidental da bexiga e do intestino;
3. Infecção pós-operatória;
4. Infecção urinária (pelo uso da sonda vesical);
5. Recidiva da incontinência urinária (retorno da perda de urina);
6. Expulsão da tela (necessitando retirada desta);
7. Embolia pulmonar;
8. Trombose venosa profunda;
9. Dificuldade ou desconforto para urinar, em geral transitório.
10. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.13.02.04-1

CID – N81.0/N81.1/N81.9

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:



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLPOPLASTIA ANTERIOR

GRUPOIMNE

Data: Fevereiro/2024 Versão: 003

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

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

- 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.

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).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamen

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente o que foi 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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLPOPLASTIA ANTERIOR

Data: Fevereiro/2024 Versão: 003

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

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

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.

