

| | | | | | | |
|-------------|--------|-------|--------|--------------|--|---------------|
| PACIENTE: | | | | ATENDIMENTO: | | DATA: |
| NASCIMENTO: | IDADE: | SEXO: | | UNIDADE: | | TEMPO INTERN: |
| CONVÊNIO: | | | PLANO: | | | |

- QUEIMADURA -

Por este instrumento, eu declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado (a), em linguagem clara e objetiva pelo (a) médico (a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

- QUEIMADURA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O objetivo do tratamento da queimadura, na sua fase aguda, é promover a cicatrização da área queimada. Este processo depende da origem e profundidade da área atingida. O tratamento cirúrgico da fase aguda pode começar com uma simples remoção do tecido desvitalizado, evoluindo para tratamentos que conferem integridade à região acometida, com uso de retalhos e enxertias de pele.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Devolver ou preservar a função e ao mesmo tempo promover a melhoria estética das cicatrizes, retrações ou outras consequências da queimadura.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Não realizar o procedimento proposto pode ter impacto no tratamento/reabilitação da função do membro afetado como também na estética das cicatrizes ou outras consequências advindas da queimadura.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Após a cirurgia poderão ocorrer:

- Febre e dor: podem surgir febre e dor reflexa ou na área operada;
- Infecção: pode ser grave, e ocorrer na região operada ou à distância, por exemplo, respiratória, urinária ou digestiva;
- Hemorragia: representa um risco nestas cirurgias, podendo ocorrer até alguns dias após o ato cirúrgico, exigir ou não drenagem e, quando em maior volume, necessitar reintervenção cirúrgica, reposição de líquidos ou sangue para seu controle;
- Colabamento de pequenas áreas pulmonares (atelectasia), aumentando o risco de infecção respiratória pode requerer fisioterapia e/ou antibioticoterapia;
- Distúrbios de sensibilidade: pode ocorrer na região operada ou em áreas próximas, em consequência de edema (inchaço) ou de manipulação de vasos ou nervos da região, resultando em, por exemplo, sensibilidade a frio, dor local ou suor na face ao alimentar-se;
- Complicações da anestesia geral: complicações anestésicas são muito raras, mas podem ocorrer e ser sérias, e devem ser esclarecidas com o médico anesthesiologista;
- Parada cardiorrespiratória e suas implicações, incluindo óbito (sendo esta complicação mais associada a queimaduras extensas/graves).

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

| | | | | | | |
|-------------|--------|-------|--------|--------------|--|---------------|
| PACIENTE: | | | | ATENDIMENTO: | | DATA: |
| NASCIMENTO: | IDADE: | SEXO: | | UNIDADE: | | TEMPO INTERN: |
| CONVÊNIO: | | | PLANO: | | | |

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas e multiprofissionais para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento.

Esta autorização é dada ao/à médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s).

Autorizo Sim Não, a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____ : ____ (hh:min)

Paciente

ou

Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Representante / Responsável Legal:

Identidade:

Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador,