

PACIENTE: _____ ATENDIMENTO: _____ DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ UNIDADE: _____ TEMPO INTERN: _____
CONVÊNIO: _____ PLANO: _____

- DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO E OU TROCA DE CURATIVOS -

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:

- DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO E OU TROCA DE CURATIVOS

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

NÃO

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Foi-me esclarecido que o desbridamento é um procedimento realizado para remover o tecido necrosado (biologicamente inviável) e/ou infeccionado das feridas, melhorando a cicatrização e evitando que a infecção se instale/espalhe para outros locais do corpo. O desbridamento, ou debridamento, pode também ser feito para remover materiais estranhos do interior da ferida.

Pode ser identificada a necessidade de uso de curativos específicos, sejam eles com substâncias que atuam no processo de desbridamento/cicatrização ou com tecnologias que apoiam este processo (como os curativos de pressão negativa). Em casos específicos poderá ser necessário o uso de drenos para diminuir o acúmulo de líquidos/sangue na região operada; estes serão retirados conforme a diminuição do débito dos mesmos, conforme acompanhamento do cirurgião/equipe.

Não é incomum que pacientes submetidos a desbridamentos cirúrgicos precisem de abordagens sequenciais (novos procedimentos), considerando a evolução do quadro, permitindo inclusive melhor avaliação de quais tecidos seguem viáveis.

Descrição adicional do procedimento:

NÃO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O desbridamento serve para remover tecido necrosado/inviável de ferida, promover a cicatrização, diminuir a quantidade de secreções na ferida, diminuir a quantidade/ação dos microrganismos e potencializar a ação de medicamentos (sistêmicos ou locais) que venham a ser eventualmente empregados.

Benefícios esperados adicionais:

NÃO

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/estética do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

NÃO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia 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.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

1. Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;

2. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;

3. Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;

4. Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;

5. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista), complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colapso de segmentos pulmonares), infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

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.

PACIENTE:		ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	UNIDADE:
CONVÊNIO:		PLANO:	TEMPO INTERN:

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:
NÃO

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 na cirurgia realizada. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais, da extensão da alteração mamária e do tratamento recebido. Devendo seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica.

Orientações adicionais de reabilitação:
NÃO

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.

Tenho ciência de que a Rede D'Or promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or.

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

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

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, 26/08/2024 15:48:43