

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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):

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

CCP - CIRURGIA DE ESVAZIAMENTO CERVICAL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Consiste na retirada cirúrgica de parte ou de todos os gânglios do pescoço (também chamados linfonodos) que possuam risco de estarem invadidos por células tumorais ou outras patologia. A abordagem cirúrgica é realizada sempre sob anestesia, habitualmente por via aberta (corte) diretamente na região cervical (pescoço). Em casos específicos podem ser avaliadas abordagens minimamente invasivas (como via robótica).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir aumento da expectativa e qualidade de vida para o paciente.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico (a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. A não realização do procedimento pode aumentar o risco de recidiva da doença, localmente e/ou à distância.

Alternativas e consequências adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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: hemorragia (sangramento, hematomas); lesão de nervo laríngeo inferior? paralisia de corda vocal uni ou bilateral (Temporária e/ou definitiva); disfonia, rouquidão, dispnéia, traqueostomia); lesão de nervo laríngeo superior (e isso pode alterar o timbre de voz ou torna-la enfraquecida); lesão de nervos cranianos cervicais (acessório, simpático cervical, vago); hipoparatiroidismo permanente ou transitório? hipocalcemia (diminuição de cálcio sanguíneo); edema (inchaço) da face ou pescoço; deformidade na cicatriz na área de abordagem (cicatriz hipertrófica, quelóide, hipo ou hiperplasia); complicações clínicas diretamente ou não associadas ao ato cirúrgico: arritmias cardíacas, pneumonia, atelectasia, choque vascular, parada cardio-respiratória, trombose venosa profunda; deiscência de sutura (abertura dos pontos); trombose venosa profunda; pulmonares, como: atelectasia, pneumonia, embolia, óbito e outras aqui não citadas, mas que foram suficientemente explicadas.

1. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas locais, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea. Em caso de hemorragia maciça por ruptura de grandes vasos do pescoço há risco de morte;

2. Outras lesões vasculares regionais;

3. Acidentes vasculares cerebrais (AVC ou derrame);

4. Lesão de nervos cranianos (acessório, vago, hipoglosso, facial, lingual, parassimpático, entre outros), podendo causar: paralisia da língua, disfonia (alteração da voz), paralisia facial, alteração da sensibilidade na língua, fraquezas no ombro;

a. Em casos de esvaziamento de nível (local) de maior proximidade do nervo Vago, podemos ter alterações referente tosse, deglutição, vômito, perda de contração (movimento de corda vocal), controle da contração do músculo cardíaco, diminuição de frequência dos batimentos cardíacos, alteração dos movimentos respiratórios e constrição dos brônquios, alteração na coordenação dos movimentos do esôfago e intestino, aumento de secreção gástrica e alteração na produção do suor;

b. Outros nervos lesados podem cursar com síndromes com comprometimento de face, pálpebra e globo ocular homolateral (mesmo lado);

5. Parestesias (alteração ou redução de sensibilidade) ou dores no pescoço ou ombros;

6. Disfonia, dispnéia, ou necessidade de traqueostomia;

7. Infecção do local da cirurgia e/ou deiscência de sutura (abertura dos pontos);

8. Edema (inchaço) da face ou pescoço;

9. Seroma (coleção líquida na área cirúrgica que podem necessitar de drenagem);

10. Deformidade cervical, cicatriz anestésica ou cicatriz grande na área de abordagem;

11. Pneumotórax (raro);

12. Risco de não detecção e insucesso da retirada da metástase;

13. Recorrência da doença;

14. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista), complicações de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, trombozes das veias profundas das pernas ou pulmão, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular isquêmico, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorespiratória e morte súbita.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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:

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 para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica.

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

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

--

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.

Paciente ou _____
Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**