

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:

CG - CIRURGIA DE APENDICECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A apendicectomia é a retirada por procedimento cirúrgico do apêndice, órgão que se situa na região inferior direita do abdômen e faz parte do sistema digestório. A função do apêndice tem relação com as defesas do organismo (sistema imune) e a manutenção da flora bacteriana do intestino (microbiota intestinal). A retirada do apêndice cecal é indicada mais frequentemente por inflamação e/ou ruptura do mesmo (apendicite aguda com ou sem perfuração associada), embora outros diagnósticos, mais raros, possam justificar o quadro clínico e o procedimento. A apendicite aguda é uma das causas mais comuns de cirurgias de emergência no mundo todo. O procedimento pode ser realizado por via aberta (corte) ou por via minimamente invasiva (videolaparoscopia ou cirurgia roboticamente assistida). A cirurgia por corte habitualmente é realizada através de um corte no quadrante inferior direito do abdome. A cirurgia minimamente invasiva é realizada através da inserção de uma câmera e de instrumentais cirúrgicos através de pequenos cortes (entre 5 e 15mm).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

- Elucidação diagnóstica, seja de uma condição aguda intra-abdominal (como apendicite aguda) ou outra condição que pode apresentar quadro clínico similar;
 - Melhora parcial ou total de dor abdominal associada a apendicite aguda,
 - Evitar progressão de processo inflamatório visando que não ocorra ruptura do apêndice com disseminação de conteúdo fecal na cavidade abdominal ou limpeza deste conteúdo caso tenha ocorrido ruptura do apêndice pela evolução da doença;
 - Associação de tratamentos cirúrgicos adicionais caso sejam identificados outros fatores/causas/complicações durante o ato cirúrgico.
- O tratamento cirúrgico não garante que não será necessário manter a internação para tratamento com antibióticos e/ou recuperação clínica ? como capacidade de se alimentar de forma adequada, controle da dor, entre outros.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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. No caso de suspeita de apendicite aguda, o tratamento clínico (com antibioticoterapia) pode não conter o processo inflamatório/infeccioso, tornando o caso mais complicado e de difícil tratamento, inclusive com a possibilidade de requerer cirurgia de grande porte com retirada do segmento direito do intestino grosso (colectomia direita) ou de evolução para processo infeccioso complicado (ruptura do apêndice, formação de abscesso, sepse e óbito). Ainda, o tratamento clínico não previne a ocorrência eventual de novo quadro de apendicite aguda. Sabe-se que quanto maior a duração dos sinais e sintomas, maior o risco de perfuração do apêndice e, consequentemente, de complicações intra e pós-operatórias.

Alternativas e consequências adicionais:

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: sangramento em cavidade abdominal ou parede abdominal, com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos; infecção do sítio cirúrgico (dentro da cavidade abdominal e/ou na parede, no trajeto das incisões cirúrgicas), com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos; ampliação da cirurgia para retirada do segmento direito do intestino (colectomia direita); lesão de outros órgãos dentro da cavidade abdominal; conversão para cirurgia aberta (por corte), caso optado inicialmente por procedimento minimamente invasivo; má cicatrização, inflamação e formação de queloides nos locais das incisões cirúrgicas; hérnia incisional; dor abdominal, que pode perdurar; riscos anestésicos; outras infecções associadas ao cuidado, como infecção urinária e respiratória; complicações cardiovasculares (incluindo infarto) e trombose; formação de aderências dentro da cavidade abdominal que podem causar quadros de obstrução intestinal a curto ou longo prazo; outros riscos raros, porém descritos na literatura são: persistência de queixas abdominais (dor, diarreia, distensão), necessidade de ostomia (abertura na parede abdominal para saída de conteúdo fecal), fístulas gastrointestinais e óbito.

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.

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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Estou ciente da importância de seguir orientações relacionadas ao uso de medicações prescritas, progressão de dieta e restrições temporárias de atividade física, além de outras condutas orientadas pela equipe médica e multiprofissional.

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.

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.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

ou

Paciente

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.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**