

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 PROCTO - FISTULECTOMIA ANAL COM OU SEM ESFINCTEROPLASTIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A fistulectomia anal é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de fístulas anais, que são canais anormais que se formam entre o interior do canal anal e a pele ao redor do ânus, geralmente decorrentes de processos infecciosos prévios.

A cirurgia baseia-se em examinar com cuidado a região anorretal, realizando, quando necessário, a cateterização e desbravamento dos trajetos fistulosos; drenagem de abscessos e/ou desbridamento de fissuras. Na grande maioria das situações a cicatrização deve acontecer por segunda intenção, ou seja, o ferimento fica aberto e cicatriza de

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O procedimento visa contribuir com a melhora clínica contribuindo com elucidação diagnóstica e/ou intervenção terapêutica. O tratamento cirúrgico não garante cura da condição que levou à realização do procedimento. A cirurgia habitualmente é parte de um tratamento multidisciplinar que pode contribuir para cura ou controle da doença porém não é capaz de garantir que não haverá recidiva ou persistência da mesma. Em situações de urgência, por sangramento e/ou abscesso, a cirurgia visa preservar a vida diante de uma situação aguda potencialmente grave, controlando o quadro agudo e buscando também preservar a função esfincteriana. Os resultados podem variar de acordo com cada paciente, com a extensão da doença e com a técnica cirúrgica utilizada.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) 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 persistência e aumento da complexidade da fístula, dor crônica, infecções recorrentes e comprometimento da função esfinteriana.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter ao 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. Os possíveis riscos associados à cirurgia/procedimento são:

- Sangramento com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos;
- Retardo na cicatrização ou ferida crônica: comum devido à inflamação persistente, hipoperfusão local e uso de imunossupressores;
- Incontinência fecal: especialmente em procedimentos que envolvem a secção do esfíncter interno ou externo (ex: fistulectomia), com risco variável conforme o tipo de fístula e técnica empregada;
- Recorrência da fístula: chance elevada, mesmo após cirurgia adequada, dependendo do tipo de fístula;
- Formação de novos trajetos fistulosos ou abscessos: a doença pode progredir com novas complicações, mesmo após abordagem cirúrgica inicial;
- Estenose anal ou retal: decorrente de múltiplas intervenções, inflamação crônica ou fibrose cicatricial;
- Comprometimento da qualidade de vida: devido à dor crônica, perda de controle esfinteriano ou necessidade de múltiplas reoperações
- Infecção do sítio cirúrgico (com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos, incluindo celulite perianal ou sepse, sobretudo em imunodeprimidos;
- Lesão de outros órgãos dentro da cavidade abdominal (como por exemplo: vasos sanguíneos de maior calibre, fígado, baço, intestinos, bexiga, rins, ureteres, pâncreas e vias biliares);
- Má cicatrização, inflamação e formação de queloides nos locais das incisões cirúrgicas;
- Retenção urinária;
- Riscos anestésicos; - Necessidade de ostomia (abertura na parede abdominal para saída de conteúdo fecal) temporária ou permanente e/ou formação de fístulas gastrointestinais; - Outras infecções associadas ao cuidado, como infecção urinária e respiratória;
- Complicações cardiovasculares (incluindo infarto) e trombose;
- Outros riscos raros, porém descritos na literatura são: complicações cardiovasculares (incluindo infarto) e trombose e, até, parada cardíaca, podendo evoluir para 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.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 o procedimento, 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. 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 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.

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.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**