

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 - TRATAMENTO DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA COM OU SEM ENTEROPEXIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Hemorroidas são veias ao redor do ânus ou do reto que se inflamam ou dilatam. Durante o ato da evacuação, essas veias dilatam-se e retraem-se, geralmente voltando ao tamanho normal. No entanto, o esforço repetido para evacuar, seja por intestino preso (obstipação) ou fezes endurecidas, pode dificultar o processo de drenagem do sangue e provocar a evolução para doença hemorroidária. O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária é indicado para pacientes com persistência dos sintomas após tratamento clínico ou conservador, podendo ser realizado de forma programada (eletiva) ou em contexto de urgência (caso ocorra trombose e/ou sangramento que não respondam ao tratamento clínico). A cirurgia para tratamento da doença hemorroidária é realizada pelo canal anal. Poderá ser realizada por técnica convencional, que envolve a retirada dos plexos hemorroidários doentes (hemorroidectomia), ou por técnicas minimamente invasivas ("sem cortes"), que resume-se a ligadura dos plexos guiada por doppler e aparelho anuscópio descartável ou por grampeamento endoanal dos plexos hemorroidários, utilizando grampeador cirúrgico específico. A hemorroidectomia pode ser realizada pela técnica aberta ou fechada (com ou sem sutura da área de retirada do mamilo hemorroidário) e associada ou não à esfínterectomia. Os tratamento acima descritos podem ser associados ou não à enteropexia. Quando indicada, é um procedimento complementar que se refere à fixação da mucosa retal, sendo utilizada principalmente nos casos em que há prolapso mucoso (exteriorização da mucosa) associado, com o objetivo de reduzir a exteriorização da mucosa e diminuir a chance de recorrência do problema.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica ao paciente, com controle de dor/sangramento/desconforto na região perianal. Sendo possível e optado por um procedimento cirurgia minimamente invasivo, estão entre os seus benefícios menor dor pós-operatória, permanência hospitalar mais curta, retorno mais breve às atividades habituais/laborais.

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 ? como piora da dor, aumento do sangramento (volume ou frequência), trombose e obstipação. Foi considerado, inclusive, a possibilidade de tratamento conservador, com cuidados clínicos (tratamentos tópicos e dieta, por exemplo) e sem realização de cirurgia, sendo, porém, optado pelo procedimento pelo entendimento que, diante do conhecimento científico atual, está é a opção mais efetiva para a condição clínica identificada.

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.

Os possíveis riscos associados à cirurgia de uma maneira geral são:

- Dor anal (podendo ocorrer dor de forte intensidade)
- Retenção urinária;
- Sangramento;
- Estenose anal (falha na cicatrização na qual ocorre redução da circunferência do ânus e dificuldade para evacuar);
- Infecção, associada ou não a lesão/perfuração retal, inclusive com possibilidade de infecção regional e necessidade de abordagem cirúrgica e colocação de ostomia (bolsa para saída de fezes por orifício na parede abdominal);
- Incontinência anal;
- Fístulas intestinais, isto é, conexão do conteúdo intestinal com a pele ou outros órgãos;
- Cicatrização inestética.

Existe ainda a possibilidade de complicações sistêmicas que estão relacionadas a qualquer procedimento cirúrgico, entre elas estão: infarto agudo do miocárdio; hipertensão arterial sistêmica transitória; trombose venosa profunda; embolia pulmonar; reação alérgica; parada cardíaca com suas implicações e óbito.

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

Paciente: _____

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

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

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. A fase inicial de cicatrização pode apresentar inchaço localizado e sangramento leve. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas e do nutricionista. O(A) médico(a) responsável discutiu e orientou as melhores técnicas 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.

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.

--

Paciente: _____

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

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

☐ **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
		<i>Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento</i>
		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