

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_COL - CIRURGIA COLORRETAL - COLECTOMIA E OU RETOSSIGMOIDECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O procedimento tem como objetivo a ressecção (remoção) de forma total ou parcial do intestino grosso (cólon e/ou reto). O intestino grosso é um órgão em formato de tubo, localizado no final do sistema digestivo. A cirurgia pode ser realizada através de diferentes vias de acesso (aberta/corte, transanal, videolaparoscopia ou roboticamente assistida), cada qual com suas indicações, riscos e benefícios específicos. Esta cirurgia pode ser realizada em caráter eletivo (programado) ou de urgência, a depender do motivo de sua realização e do quadro clínico.

A ressecção da porção inicial do intestino grosso (ceco e cólon ascendente) envolve também a ressecção do apêndice cecal e de uma pequena porção do intestino delgado (íleo distal). A ressecção da porção terminal do intestino grosso (reto distal) envolve a retirada da gordura que circunda este órgão (mesorreto). Durante a cirurgia outros órgãos podem ser também ressecados, caso, por exemplo, estejam aderidos ou acometidos pela doença que originou a indicação da cirurgia. Habitualmente são retirados também linfonodos da região do segmento de intestino abordado. Após a retirada do segmento intestinal, habitualmente é realizada a reconstrução da continuidade do trânsito intestinal através de uma anastomose (costura) entre as duas extremidades intestinais. Esta anastomose pode ser feita de forma manual, com pontos de sutura, ou mecânica, com um grampeador cirúrgico. Em situações específicas, pode ser necessário externalizar a extremidade proximal do intestino para a pele através de uma colostomia ou ileostomia, por onde passam a sair as evacuações. Outra tática cirúrgica por vezes necessária é a colocação de uma ileostomia de proteção, evitando que em um momento inicial o conteúdo intestinal passe pela região da anastomose. Motivos para realização de colectomias envolvem doenças oncológicas, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, trauma, quadros obstrutivos, isquemia (falta de sangue), megacólon, predisposição para formação de grande número de pólipos ou outras alterações hereditárias, entre outros.

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
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. Em casos oncológicos, 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 de outros focos da doença detectados ou não no momento da cirurgia. Em casos de doença inflamatória, como a doença diverticular, a cirurgia tem como objetivo evitar a recorrência de crises e complicações tardias (como estenoses e obstrução). Em situações de urgência, por sangramento, obstrução e/ou perfuração, a cirurgia visa preservar a vida diante de uma situação aguda potencialmente grave, controlando o quadro agudo e buscando também preservar a função intestinal.

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, melhor resultado estético e redução significativa de custos globais, especialmente se considerado o período de afastamento das atividades laborais.

Benefícios esperados adicionais:

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.

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 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), inclusive com risco de deiscência (vazamento) de eventual anastomose realizada, com ou sem necessidade de novos procedimentos cirúrgicos;
- 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;

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

- Hérnia incisional;
- Dor abdominal, que pode perdurar;
- 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;
- 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: 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.

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.

Paciente: _____

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

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

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.

--

[] 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: _____

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**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**