

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_CP - HERNIA UMBILICAL OU VENTRAL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

As hérnias da parede abdominal ocorrem quando o conteúdo intraabdominal passa, envolto em um saco peritoneal, através de uma região de fraqueza da parede abdominal. Este conteúdo habitualmente é formado por alças intestinais ou gordura, porém outros órgãos também podem passar pelo orifício herniário. A cicatriz umbilical é uma região natural de fraqueza (hérnia umbilical), porém as hérnias podem se formar em qualquer região da parede abdominal (hérnias ventrais). Regiões previamente operadas também tem um maior risco de formação de hérnias (hérnias incisionais).

Na cirurgia o saco herniário é dissecado e liberado do defeito na parede abdominal, sendo retornado para dentro da cavidade abdominal ou ressecado se redundante. Em seguida, o defeito na parede abdominal é fechado, podendo-se usar tela de polipropileno ou não (a depender do tamanho/localização da hérnia) para reforço da parede e redução do risco de recidiva. Existem diferentes técnicas para colocação de tela, anterior à aponeurose (porção mais resistente e espessa da parede intestinal) ou posterior à musculatura ou intraperitoneal. Nas hérnias umbilicais menores e de crianças a correção sem tela é uma alternativa frequente. As correções de hérnias podem ser realizadas por diferentes via de acesso (aberta/corte, videolaparoscopia ou roboticamente assistida).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Fechamento do defeito herniário, com redução/resolução de dor local, redução do risco de encarceramento/estrangulamento e melhora do aspecto de protrusão no local da hérnia.

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. De forma geral, o tratamento definitivo para as hérnias da parede abdominal é cirúrgico. Como exceção, hérnias umbilicais em criança, a depender da idade/tamanho, podem caminhar para um fechamento natural. O uso de dispositivos como cintas específicas pode dar conforto, porém não permite o tratamento efetivo da hérnia em si. A conduta expectante é uma alternativa, sem expectativa de melhora de eventuais crises de dor e com o risco de complicações como encarceramento (retenção de conteúdo através do anel herniário) ou estrangulamento (chegada limitada de sangue para o conteúdo retido através do anel herniário, com possibilidade de obstrução e ruptura de alças intestinais).

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:

- Infecção de ferida operatória, com possibilidade de uso de antibióticos, (re)internação e novos procedimentos cirúrgicos ? no caso de colocação de tela, pode ser necessário a retirada da mesma;

- Seroma ? acúmulo de líquido na região operada;

- Sangramento ou hematoma no local;

- Recidiva da hérnia, independente da técnica utilizada

- Lesão de estruturas/órgãos da região, incluindo alças intestinais;

- Cicatrizes inestéticas, formação de queloides ou cicatrizes hipertróficas;

- Dor no local, que pode perdurar;

- Retenção urinária;

- Riscos anestésicos;

- Em pacientes com doença crônica avançada do fígado, com distúrbios da coagulação e circulação colateral na região, o risco de sangramento é aumentado, bem como de descompensação da função hepática, potencialmente ameaçadoras à vida;

- Outros riscos muito raros incluem eventros tromboembólicos (como coágulos na perna, que podem migrar para o pulmão), eventos cardiovasculares (como infarto cardíaco ou acidente vascular cerebral), parada cardíaca 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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

____ 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**