

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:

VASC - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

As varizes dos membros inferiores são manifestações da doença venosa crônica, constituindo a mais comum de todas as alterações vasculares. As varizes são veias superficiais anormais, dilatadas que se caracterizam por uma alteração funcional capazes de debilitar a parede venosa, aumentar a pressão intraluminal e/ou acometer a função valvular venosa.

A cirurgia é indicada como forma de correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo e melhora do problema estético (eliminação ou redução do diâmetro da veia). Com isso é possível proporcionar melhoria funcional ao paciente, através da redução de edema, redução da sensação de peso e desconforto, diminuição do risco de tromboflebite (coágulo e inflamação nas varizes) e varricorragia (sangramento causado pelas varizes), diminuindo a chance de lipodermatoesclerose (endurecimento e alteração da coloração da pele) e hiperpigmentação (manchas escuras na pele) causadas pela dermatite de estase e posterior ulceração (formação de ferida na perna).

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Eliminar as fontes de refluxo e as veias varicosas, proporcionando tanto a melhora funcional quanto estética, objetivando redução de dor, inchaço, sensação de peso, desconforto e de complicações graves, a exemplo da trombose venosa profunda e ulceração. A cirurgia tem como objetivo a melhora da qualidade de vida e do grau de satisfação do paciente.

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 (a) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica/estética do paciente. Exemplos de alternativas ao tratamento proposto:

- Compressão elástica: Que consiste em aplicar uma pressão exterior sobre o membro (pernas e coxas), e tem a função de melhorar o retorno venoso dos membros inferiores;
- Termoablação a laser: Um laser é aplicado nas varizes ou veias com refluxo, fazendo com que as veias diminuam de tamanho ou desapareçam. Consiste em um método que destrói a veia termicamente (queimando);
- Escleroterapia com espuma: Um medicamento (agente esclerosante) com consistência de espuma é injetado nas veias do paciente, melhorando a aparência delas de dentro para fora. Consiste em uma destruição química das veias tratadas, as quais desaparecem por fibrose;
- Escleroterapia líquida com glicose: É injetado uma solução líquida de glicose no interior das micro-varizes, fazendo com que os vasinhos diminuam de calibre e fiquem, aparentemente, invisíveis ou diminuam de quantidade. As complicações da não adesão ao tratamento proposto: piora da insuficiência venosa crônica; piora do edema (inchaço nas pernas); lesões de difícil cicatrização (feridas); comprometimento circulatório (inflamação crônica na perna); formação de trombos (coágulos no interior nas varizes ou das veias profundas); entre outros.

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: equimoses difusas (roxos); hematomas: (coleções localizadas de sangue); hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); aparecimento de telangiectasias (microvarizes); sangramento ao nível das incisões; edema (inchaço) pós-operatório; flebite de uma veia superficial; linforrêia (secreção de linfa pelas cicatrizes); linfocele (pequeno nódulo); linfoedema (inchaço persistente); lesão de nervos (é relativamente frequente); infecção; lesões arteriais, lesões de grandes veias; trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas); varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão); possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira); embolia pulmonar; parada cardiorespiratória e suas implicações podendo evoluir para 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 diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. Sendo necessário adotar medidas visando reduzir dor e complicações pós procedimento sendo elas:

- Levantar-se com o auxílio quando necessário,
- Adotar repouso nos primeiros dias após cirurgia,
- Deambular diariamente,
- Atentar para recomendação da manipulação das faixas e curativos,
- Não expor membro ao sol até recomendação medica.

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