

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_ORT - AMPUTAÇÃO(GENÉRICO)

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento consiste na remoção cirúrgica de parte ou de todo um membro. É realizado sob anestesia, com isolamento e secção de tecido, estruturas ósseas, vasculares e nervosas, ressecção de possíveis tecidos desvitalizados. Ao final, pode ser realizado fechamento/ aproximação das bordas do coto de amputação ou deixado ferida para cicatrização por segunda intenção. O procedimento é realizado quando a região apresenta-se desvitalizada, com infecção associada, acometida por dano irreparável por trauma, com lesão tumoral sem possibilidade de tratamento mais conservador, com irreversibilidade de isquemia (falta de sangue) e/ou risco de ascensão/disseminação da lesão.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica ao paciente. O tratamento cirúrgico não garante que não será necessário manter a internação para tratamento com antibióticos e/ou recuperação clínica. Entre os benefícios esperados, de forma geral, podemos citar:

- Prevenção de complicações metabólicas graves e potencialmente letais, devido a parte de um membro irreversivelmente isquêmico/infectado;
- Alívio da dor: a amputação pode aliviar a dor crônica associada a lesões, doenças vasculares ou tumores;
- Controle de infecções: a remoção de tecidos afetados pode prevenir a disseminação de infecções;
- Melhora da mobilidade: Em alguns casos, a amputação permite o uso de próteses para restaurar a função do membro;
- Em casos de doença oncológica (tumores), melhora dos sintomas locais e contribuir com o tratamento oncológico e sobrevida.

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. Tratamento conservador: quando possível, outras opções como revascularização e antibioticoterapia podem ser consideradas, porém a amputação se caracteriza como necessária quando a avaliação indica que outras medidas não irão ser suficientes e gerarão riscos adicionais de complicações metabólicas e infecciosas, além da possibilidade de comprometer uma área maior e ampliar a região a ser amputada. Em caso de doença oncológica (tumores), a não realização da cirurgia pode reduzir as chances de cura e aumentar o risco de disseminação da lesão para outras regiões do corpo. A não realização da cirurgia pode aumentar o risco de óbito.

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:

- Complicações infecciosas, metabólicas ou outras complicações sistêmicas que, a depender da extensão da área acometida ou de comorbidades (outras doenças) associadas, podem levar a consequências graves, inclusive óbito.
- Infecção: risco de infecção no local cirúrgico, no osso (osteomielite) ou sepse (infecção sistêmica), com necessidade de antibióticos (eventualmente por longos períodos) e/ou novos procedimentos,
- Deiscência (dificuldade de cicatrização), cicatriz anormal ou inestética, incluindo possibilidade de quelóide ou cicatriz hipertrófica;
- A área no coto de amputação pode não receber suprimento sanguíneo suficiente ou apresentar infecção, sendo necessário novo procedimento para ampliar a área de amputação;
- Hemorragia: sangramento excessivo durante ou após a cirurgia;
- Dor, desconforto ou alteração de sensibilidade próximo à região operada, que pode perdurar após a cirurgia ? inclusive com a possibilidade de importante sintomatologia dolorosa e refratária ao uso de analgésicos comuns (? síndrome do membro fantasma?);
- Alterações ou sequelas motoras/funcionais;
- Pode ser possível o uso futuro de prótese ? além de eventuais dificuldades de adaptação/uso, esta possibilidade nem sempre é viável (a depender de fatores como o nível da amputação);
- Trombose, incluindo a possibilidade, embora rara, de tromboembolismo pulmonar e suas eventuais consequências;

Em caso de lesões oncológicas (tumores), não é possível garantir que a lesão não irá retornar na região ou em outro órgão à distância.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Durante acompanhamento ambulatorial, a depender da viabilidade clínica do paciente e do coto de amputação, pode ser possível o uso futuro de prótese ? esta possibilidade não se aplica a todos os pacientes.

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).

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**