

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao(à) paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido(a). Assim, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016<sup>1</sup>, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

| Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| Nome:                                             |     |
| Nome Social:                                      |     |
| Tipo de Documento De Identificação:               | Nº: |

1. Eu, acima identificado(a), na condição de paciente do São Bernardo Apart Hospital S.A. ou de responsável legal pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que fui informado(a) pelo(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, que, em razão do meu estado de saúde, necessito ser submetido(a) a “Cirurgia Arterial para tratamento Endovascular”.

2. Foi-me explicado que esse procedimento tem por objetivo tratar doença da circulação que causa a obstrução ou estreitamento da luz das artérias, levando à diminuição do aporte sanguíneo aos tecidos (como a aterosclerose, arterite, displasia fibromuscular, hiperplasia mio-intimal, etc), bem como doenças que causam dilatação das artérias, podendo levar à ruptura, como trombose ou embolias, e, ainda, doenças congênitas ou adquiridas do tipo mal-formações artério-venosas, fístulas arteriovenosas, hemangiomas, aneurismas cirsóides e traumatismos vasculares.

3. Fui esclarecido(a) de que para a realização do procedimento poderá ser necessária a pode ser necessário a realização de angioplastia coronariana (implante de *stent* ou dilatação com balão); colocação de endoprótese (“stent” revestido); recanalização mecânica com o auxílio de guias hidrofílicos, seguida de angioplastia com ou sem a colocação de “stent” ou endoprótese; recanalização química através da introdução de cateter multiperfurado no interior de trombo intravascular e da injeção de substâncias capazes de lisar os trombos, fazendo o que se chama de “trombólise” ou “fibrinólise” (quase como uma dissolução do trombo); embolizações terapêuticas (injeções de partículas, líquidos ou gel para se conseguir a obstrução terapêutica de um ou mais vasos sanguíneos); e remoção de corpos estranhos intravasculares.

4. Compreendi que, como em todo procedimento, há riscos inerentes, ainda que todas as cautelas previstas em literatura médica sejam tomadas, podendo ocorrer eventualmente complicações como sangramentos, edemas e

<sup>1</sup> Recomendação do CFM nº 01/2016: “O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.”

hematomas; Dissecção do vaso de acesso; Tromboses, levando à necessidade de execução de novos procedimentos endovasculares ou não; Necessidade em qualquer momento, da conversão do procedimento endovascular em procedimento cirúrgico a céu aberto; Formação de falsos aneurismas no local da punção arterial; Ocorrência de fistulas artério-venosas; Neuralgias; Infecções e reações alérgicas, de maior ou menor gravidade, ou comprometimento da função renal.

5. Declaro ter entendido que existem, ainda, outras complicações que podem ocorrer ao longo do tempo, como falência da restauração circulatória (precocemente devido à hiperplasia mio-intimal e tardiamente devido à progressão da doença básica); Trombose venosa com ou sem embolia pulmonar; Alterações cardíacas; Alterações gastrintestinais; Cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira); e prolongamento do período de internação ou até novas internações hospitalares.

6. Estou ciente que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de sedação e/ou anestesia, cujo método, técnica e fármaco serão de indicação do médico anestesista, e que, como qualquer procedimento médico, o procedimento não é isento de riscos, intercorrências ou complicações.

7. Fui esclarecido(a) de que a legislação nacional obriga os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e que os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e o National Healthcare Safety Network (NHSN), sendo: Cirurgias Limpas – 4%; Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%; Cirurgias contaminadas – 20%; e Cirurgias Infectadas – 40%.

8. Por fim, após ter sido esclarecido(a) acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, tomei a decisão de realizar o procedimento, e registro minha autorização em relação a qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

5. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

9. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução do meu quadro pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo melhores práticas e literatura médicas.

10. Asseguro que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

**Assinatura do Paciente e/ou Responsável:**

\_\_\_\_\_

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Colatina / ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**A ser preenchido pelo(a) médico(a):**

| Identificação do(a) Médico(a) |       |     |
|-------------------------------|-------|-----|
| Nome:                         |       |     |
| CRM:                          | Tipo: | Nº: |

Declaro que esclareci ao(à) paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido.

Declaro, ainda, que o(a) paciente [ ] possui/ [ ] não possui patologia capaz de influenciar no resultado do procedimento solicitado ou de ficar exposta a riscos maiores do que os habituais.

Carimbo / Assinatura do(a) Médico(a):

\_\_\_\_\_.

Colatina / ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.