

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES:

DOENÇA DIVERTICULAR DO COLON: Presença de divertículos no intestino grosso, localizada mais freqüentemente do lado esquerdo do intestino grosso (Cólon Sigmóide), mas pode atingir o cólon. Indicações cirúrgicas na doença diverticular:

A) Intratabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido à dor ou crises sub oclusivas:

B) Pelo menos dois ataques de diverticulite depois dos cinquenta anos.

C) Casos de urgência - sangramento, obstrução ou infecção severa.

CÂNCER DE COLON: Presença de tumoração em alguma parte do cólon, sendo o mais comum o adenocarcinoma.

CIRURGIAS QUE PODEM SER REALIZADAS: Colectomias parciais ou totais (retirada parcial ou total do intestino grosso) conforme a localização da doença. Em alguns casos, existe a necessidade de deixar ostomias (bolsa de colostomia). Vias de acesso: por incisão mediana ou pelo acesso laparoscópico.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações.
2. Fístulas nas anastomoses, que podem exigir reoperações e estomas (bolsas de colostomias).
3. Recidiva dos tumores no intestino ou no fígado e pulmões.
4. Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, graves, podendo levar a óbito.
5. Trombose venosa profunda.
6. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira). A cirurgia do câncer exige seguimento rigoroso no pós operatório, principalmente nos primeiros cinco anos da cirurgia. No caso de doença diverticular podem ocorrer estenoses nas anastomoses exigindo dilatações ou reoperações. Nos casos de ressecções parciais do colon, poderão ocorrer novas crises de diverticulite no colon remanescente, podendo ocorrer



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL

a necessidade de reoperações. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - 3.10.03.16-8

CID - C18-9 / K57.9

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Frei Anacleto adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem 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 seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS E COMPLICAÇÕES** mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa sua realização.

Goiatuba/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica - Resolução CFM n° 1.931/09: É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL

Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.