	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

IDENTIFICAÇÃO
<b>NOME DO PACIENTE:</b>
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>
<b>CPF OU RG:</b>
<b>NOME DA MÃE DO PACIENTE:</b>
<b>NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:</b>
<b>CPF OU RG DO RESPONSÁVEL:</b>
<b>NOME DO MÉDICO:</b>
<b>CRM DO MÉDICO:</b>

O PACIENTE ou RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA o que segue:

1. Fui informado(a) que a GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA é um método empregado para fornecimento de dieta enteral por tubo colocado no estômago (gastrostomia) por endoscopia (via endoscópica) através da pele (implantação percutânea) para suporte nutricional adequado de pacientes que não conseguem fazer uso adequado de dieta oral por ingesta insuficiente ou por alterações anatômicas no trato gastrointestinal superior ou que necessitem fazer uso de dieta por sonda nasoenteral por tempo prolongado.

#### PREPARO


2. Fui informado(a) que o estômago deverá estar vazio para realização do procedimento. O paciente deverá permanecer em jejum completo por 8 horas. Medicamentos anticoagulantes deverão ser suspensos antes do procedimento e os níveis de coagulação corrigidos a valores aceitáveis para a realização do procedimento a critério do médico assistente.

#### O QUE ACONTECERÁ E COMO É REALIZADO O ATO MÉDICO

3. Fui informado(a) que o médico e/ou a enfermeira fará uma entrevista, investigando possíveis patologias, reações alérgicas, cirurgias anteriores. O exame será realizado sob sedação ou anestesia, sob supervisão de um anestesista, para evitar dor e desconforto por parte do paciente. Após o paciente relaxar e dormir, será introduzido aparelho de endoscopia digestiva alta pela boca para visualização e completa avaliação do esôfago, estômago e duodeno. Realizaremos, então insuflação vigorosa do estômago, para determinar o local de colocação da gastrostomia (geralmente no lado esquerdo do abdômen) Neste local, após desinfecção e anestesia local será realizado um pequeno corte na pele através do qual introduziremos o tubo de gastrostomia. Após o término do procedimento o paciente retornará ao seu leito de origem.

#### RISCOS DO PROCEDIMENTO

4. Fui informado(a) que as principais complicações associadas à gastrostomia são: obstrução da sonda, migração da sonda para o intestino delgado, extravasamento de suco gástrico e/ou dieta pelo óstio da gastrostomia por irritação química (suco gástrico) e infecção do óstio com drenagem de secreção purulenta. A infecção do local da punção é a complicação mais frequente e ocorre em 5,4% - 30% dos pacientes, podendo ser reduzida com uso de antibiótico-profilaxia. Perfuração de outras vísceras e sangramento podem ocorrer excepcionalmente, requerendo algumas vezes tratamento cirúrgico. Pode ainda ocorrer excepcionalmente as seguintes complicações: hemorragia, arritmia, choque anafilático

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

(reação alérgica grave), dor, sepse (infecção grave), problemas cardiovasculares, respiratórios, urinários, dentre outras complicações associadas especificamente a este procedimento, conforme previsto na literatura médica.

5. Fui informado(a) que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstâncias complicadas e agudas que podem evoluir, inclusive, para o ÓBITO do paciente. Estou ciente que dependendo da gravidade da intercorrência, pode ser necessária a internação da paciente em leito de UTI, cuja disponibilidade de vaga é variável conforme a taxa de ocupação da unidade;

6. Fui informado(a) e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e que não podem ser dadas quaisquer garantias, por isso, os riscos do ato médico estão sempre presentes, em menor ou maior grau de probabilidade de ocorrência, conforme previsto na literatura médica, ciente de que este documento não consegue abordar todos os riscos que envolvem o ato médico, porém cita os mais comuns ou frequentes;

### APÓS O PROCEDIMENTO

7. Fui informado(a) que o paciente deverá retornar para sua acomodação hospitalar após a recuperação anestésica. O tubo de gastrostomia deverá estar fixado e não pode ser manuseado, exceto por profissionais. O jejum deve ser mantido por 24 horas. Hidratação e aporte calórico serão fornecidos por soluções intravenosas. A equipe de enfermagem realizará curativos não oclusivos periodicamente. Caso haja extravasamento de suco gástrico, secreções ou acúmulo de resíduos no orifício da gastrostomia, comunique de imediato a equipe de enfermagem. Após 24 horas de observação, será liberada dieta pelo tubo de alimentação e na ausência de intercorrências, alta hospitalar. As orientações sobre manuseio e cuidados com o tubo de gastrostomia e seus acessórios e sobre alimentação por gastrostomia serão prestadas antes da alta. A tração acidental ou intencional da sonda por parte do paciente deve ser evitada, pois pode levar ao extravasamento de secreção gástrica e/ou dieta para a cavidade abdominal, peritonite e necessidade de cirurgia.


### CONDIÇÕES GERAIS

8. Fui informado(a) que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, pelo que **não há garantia** de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado.

9. Fui informado(a) que sobre todos os atos, detalhes e benefícios que compõem o procedimento cirúrgico de modo claro, objetivo e completo, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter as respostas, as quais julguei suficientes. Estou ciente que posso desistir do ato médico a qualquer tempo, sem penalidade;

10. Fui informado(a) que o uso de cigarros, de bebidas alcoólicas, de drogas lícitas e ilícitas, de medicamentos anticoagulantes e de corticoides, pode ser a causa de complicações, ou comprometer o resultado do tratamento. O paciente ser diabético também pode comprometer o ato médico e o tratamento. Por isso, se o(a) paciente se enquadra em uma ou mais dessas hipóteses, isso deve ser informado ao médico, previamente ao ato;

11. Fui informado(a) de que todas as medidas técnicas e de segurança disponíveis no hospital serão tomadas pelo(a) médico(a) e pela sua equipe objetivando reduzir ao mínimo possível os riscos do ato médico e buscando os melhores resultados possíveis para o tratamento proposto, dentro da capacidade técnica e física dos recursos disponíveis na estrutura do hospital, no momento em que executado o ato.

 HOSPITAL <b>Bruno Born</b> Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO          PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO          GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

**12.** Reconheço que durante o ato médico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários. Por tal razão autorizo o(a) médico(a), o anestesiista e toda sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, autorizando a suspensão ou a modificação do ato médico inicialmente proposto, bem como a realização de transfusão de sangue e hemoderivados, se necessário para garantir a saúde ou a vida do paciente;

**13.** Fui informado(a) sobre as alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação;

**14.** Aceito por livre iniciativa e vontade correr os riscos supramencionados e dou 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;

**15.** Concordo em cooperar com o médico responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes, que podem influenciar no resultado final do tratamento;

**16.** Estou ciente que posso sofrer limitação da execução das minhas atividades cotidianas e/ou profissionais por período de tempo indeterminado para recuperação do tratamento, bem como que após a alta devo procurar atendimento médico imediato, caso identifique sintomas fora da normalidade. Fui informado que necessito ter liberação expressa do meu médico para retornar a realizar atividades físicas;

**17.** Este procedimento me foi explicado de forma clara pelo(a) médico(a) e sua equipe, recebendo orientação clara quanto aos benefícios, riscos e alternativas, inclusive a sua não realização, oportunidade na qual pude fazer perguntas e obter respostas.

**18.** Satisfeito com as informações recebidas e de acordo com este termo, AUTORIZO a execução do PROCEDIMENTO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA, assumindo os riscos inerentes desse ato.


Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Paciente**  
 Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento

Eu, Dr(a).: \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/responsável.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) – Assinatura**

 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	<b>FO – UCIH</b>
	<b>ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA</b>	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Esta ficha anexa ao termo de consentimento auxilia a equipe médica e a de enfermagem a realizar o medicamento correto, na dose correta e no momento mais adequado para sua infusão antes da incisão cirúrgica.

O preenchimento é OBRIGATÓRIO para os procedimentos eletivos e possui validade como prescrição médica. A escolha do medicamento deve ser utilizada conforme a recomendação do protocolo de Antibioticoprofilaxia do Hospital Bruno Born.

IDENTIFICAÇÃO		
<b>NOME DO PACIENTE:</b>		
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>		
<b>Peso (kg):</b>		
<b>Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas?    ( ) SIM    ( ) NÃO</b> Em caso de alergia prévia sugere-se o uso do esquema alternativo com Clindamicina com ou sem Gentamicina associado conforme Protocolo de Antibioticoprofilaxia.		
ANTIBIÓTICO EV	DOSE	OUTRA DOSE
CEFAZOLINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFOXITINA (30-60min antes)	2g ( )    3g ( )	
CEFUROXIMA (30-60min antes)	1.5g ( )	
GENTAMICINA (5mg/kg) (60-120 min antes)		
METRONIDAZOL (30-60min antes)	500mg ( )	
CLINDAMICINA (Alérgicos a BetaLactâmicos) (60-120 min antes)	900 mg ( )	
VANCOMICINA (60-120 min antes)	1g ( )    1.5g ( )	
OUTROS:		

Adultos: Cefazolina e Cefoxitina: 2g <120kg e 3g >120kg  
 Vancomicina: 1g < 90kg e 1.5g > 90kg

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo do Cirurgião**