 Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SALPINGECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

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

Por este instrumento particular a paciente ou o seu responsável declara para todos os fins legais, que dá plena autorização ao (à) médico(a) acima identificado e demais membros da sua equipe para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a executar o tratamento cirúrgico designado por “**SALPINGECTOMIA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.


Declara que o referido (a) médico (a), 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 no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a **SALPINGECTOMIA** é a retirada das trompas, que pode ser realizada por cirurgia aberta (corte) ou por vídeo laparoscopia.

INDICAÇÃO: vários estudos têm demonstrado que a hidrossalpinge (dilatação tubária com acúmulo de líquido) é causa de infertilidade devido ao dano anatômico e funcional da tuba afetada. Foi demonstrado também que sua presença é causa de falha de implantação de embriões em casos em que a fertilização em vitro tem indicação por dois mecanismo: mecânico, por lavagem da cavidade endometrial, e tóxico sobre os embriões. Vários estudo mostram que a salpingectomia é indicada previamente em pacientes que se submeterão à fertilização. Está bem demonstrado que este procedimento melhora os resultados da FIV sem afetar a reserva ovariana.

COMPLICAÇÕES: 1- Infecção 2- Infertilidade 3- Aderência 4- Dor pélvica 5- Irregularidade menstrual 6- Complicações imediatas (0.14% a 0.60%): hematoma de parede abdominal, enfisema subcutâneo, trauma vascular (hemorragia), lesão de bexiga, ureter e intestino, trombose venosa, tromboembolismo pulmonar, embolia gasosa, arritmia, morte. 7- Complicações pós-operatórias: náuseas, vômitos, retenção urinária, dor abdominal e na região escapular (ombro). 8- Complicações tardias: infecção operatória, infecção urinária, hérnia incisional. 9- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Fui informada que, independentemente da técnica e do zelo empregado pelos profissionais envolvidos no ato médico, podem surgir circunstância imprevistas, naturais ou agudas que podem evoluir para o ÓBITO da paciente, sendo esse um risco presente em todo procedimento de saúde, em menor ou maior grau, conforme previsto pela literatura médica.

	FORMULÁRIO	FO – JUR
	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE SALPINGECTOMIA	
Documento pertencente ao Sistema de Gestão Hospital Bruno Born		

Fui informada que a medicina 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.

Infeção relacionada à assistência à saúde: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são: • Cirurgias limpas: até 4% • Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10% • Cirurgias contaminadas: até 17%. Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, 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.

Declara ter sido informada a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendida em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Está ciente que pode revogar o presente consentimento a qualquer tempo antes da realização do serviço, sem que isso implique em punição ou restrição de acesso a serviços de saúde no futuro.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.


Lajeado, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Responsável pela 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

 HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida	FORMULÁRIO	FO – UCIH
	ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA	
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		
NOME DO PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:		
Peso (kg):		
Alergia a Penicilina/Amoxicilina/Cefalosporinas? () SIM () NÃO 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