

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  HOSPITAL Bruno Born Sua Saúde é Nossa Vida | FORMULÁRIO | FO – JUR |
| | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE TIREOIDECTOMIA | |
| 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 CIRURGIÃO: |
| CRM DO MÉDICO: |
| PROCEDIMENTO REALIZADO COM ADENOIDECTOMIA: () SIM () NÃO |

O PACIENTE ou o RESPONSÁVEL acima identificado DECLARA que:

1. Encontra-se no pleno gozo de suas faculdades mentais e AUTORIZA o médico acima identificado e os profissionais que compõem a sua equipe proceder as investigações de saúde necessárias e a realizar o procedimento cirúrgico invasivo de "TIREOIDECTOMIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesia ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.
2. Estou ciente que esta cirurgia é indicada para casos de alterações fisiológicas ou anatômicas da glândula tireoide. As indicações absolutas de cirurgia são por câncer de tireoide ou suspeita de malignidade, tireoide de tamanho aumentado comprometendo a respiração ou deglutição, excesso de funcionamento da glândula acarretando outros distúrbios (hipertireoidismo). A indicação cirúrgica estética devido ao aumento da glândula é relativa.
3. Estou ciente que a indicação cirúrgica pode ser uma lobectomia (retirada de um único lado da tireoide) ou tireoidectomia total.
4. Estou ciente que, dependendo do caso e do resultado do exame feito por congelação, no momento da cirurgia, pode ser necessária a totalização da tireoidectomia (caso a indicação inicial tenha sido lobectomia) no mesmo procedimento. Nessa hipótese, desde já AUTORIZO que tal decisão seja tomada pelo médico durante a cirurgia, seguindo o seu julgamento técnico, porque estou ciente que a conduta diversa (não realização) pode gerar consequências e impedir que o resultado final da cirurgia inicialmente proposta seja o esperado e desejado.
5. Estou ciente que nem sempre o resultado do exame por congelação é suficiente para fechar o diagnóstico de câncer de tireoide, portanto pode ser necessária uma nova intervenção cirúrgica posteriormente para totalização da tireoidectomia, dependendo do resultado do exame anatomopatológico.
6. Estou ciente que na maioria das vezes poderá ser necessário a utilização de um DRENO (laminar ou de sucção) para evitar a formação de hematomas, o qual normalmente é retirado após 24 a 48 horas.
7. Estou ciente que as complicações mais comuns de ocorrer após a realização desta cirurgia, porém, não limitadas somente a estas, são:

FEBRE E DOR – Podem surgir febre e dor reflexa ou na área operada e devem ceder em poucos dias.

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

INFECÇÃO E ABSCESSOS – Raramente ocorrem e devem ser controlados com curativos e antibióticos, por vezes realizar drenagem é necessário. Podem ocorrer infecções à distância, por exemplo, respiratória, urinária ou digestiva.

HEMORRAGIA – É rara, podendo ocorrer nas primeiras horas ou dias após a cirurgia, e nos casos de maior volume, indica-se reintervenção cirúrgica, podendo ser necessária reposição de líquidos ou sangue e outros hemoderivados para seu controle. A MORTE por HEMORRAGIA é extremamente rara.

DIFICULDADE RESPIRATÓRIA – Pode ocorrer no pós-operatório imediato, decorrente da paralisia do nervo laríngeo recorrente que, mesmo quando cuidadosamente manipulado, pode apresentar disfunções temporárias ou definitivas e em casos graves, pode exigir a realização de traqueostomia de emergência (abertura de um orifício na traqueia para colocação de uma cânula).

ALTERAÇÕES HORMONAIS – Podem ocorrer no pósoperatório, na dependência da possibilidade de preservação e da vitalidade do tecido produtor do hormônio (tireoide ou paratireoide).

Tais conseqüências podem ser simples ou graves, de fácil, moderada ou difícil compensação com medicamentos. Na tireoidectomia total será necessária a tomada de medicação hormonal continuamente e indefinidamente. Pode ser necessária medicação para reposição de cálcio, uma vez que, em alguns pacientes, pode haver uma queda do cálcio no sangue devido a alterações nas glândulas paratireoides, por mais criteriosa que seja a cirurgia.

PARESIAS, PARALISIAS, ALTERAÇÕES DA VOZ, DA FALA OU DEGLUTIÇÃO – Podem ocorrer devido a alterações nos nervos tais como o laríngeo superior ou recorrente, mesmo quando cuidadosamente manipulados podem apresentar disfunções temporárias ou definitivas.

QUELÓIDES – São processos cicatriciais intrínsecos do paciente que deixam uma cicatriz grosseira similar há um cordão fibroso. Costumam ocorrer mais frequentemente em pacientes da raça negra, porém, podem acometer a qualquer paciente.

8. Esse procedimento cirúrgico me foi explicado previamente de forma clara pelo médico e sua equipe, tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis, tendo podido fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos riscos de não ser tomada nenhuma atitude.

9. Estou ciente que posso retirar o consentimento e cancelar a cirurgia, se eu assim decidir, sem que isso implique em qualquer constrangimento ou dificuldade de acesso a serviços no futuro.

10. Estou ciente que o ato médico em questão trata-se de obrigação de meio, motivo pelo qual não há garantia de obtenção de cura ou do resultado esperado ou desejado. Fui esclarecido que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos imprevisíveis, complicados, graves e inesperados, bem como que todo procedimento cirúrgico, não importa qual a sua complexidade, possui risco de ÓBITO do paciente, independentemente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica não é uma ciência exata e, por isso, não podem ser dadas quaisquer garantias nem certezas quanto ao resultado do tratamento médico ou cirúrgico realizado.

11. Estou ciente que toda cirurgia deixará uma cicatriz no corpo do paciente no local da incisão, com aspectos e dimensões variáveis conforme as reações particulares de cada organismo e do tipo de procedimento cirúrgico realizado. O aspecto visual da cicatriz também depende dos cuidados do paciente.

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

12. Estou ciente de que, para realizar o procedimento em questão, será necessário o emprego de anestesia ou sedação, cujos métodos, técnicas e fármacos aplicados serão de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista. Em razão disso, AUTORIZO o médico anestesista a realizar o ato anestésico escolhido como adequado conforme o seu critério técnico.

13. Estou ciente que, embora a anestesia moderna seja muito segura, não está isenta de riscos, e que, por isso, poderão ocorrer, raramente, problemas cardíacos ou respiratórios, tais como alterações na pressão arterial ou no ritmo cardíaco, além do que poderá ocasionar, especificamente:

a) *Nos casos de Anestesia Regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada Raqui-Peridural) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da pele), parestesias (formigamento) de membros, tremores e tonturas.*

b) *Nas situações de Anestesia Geral e ou Sedação poderá ser necessária a manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento ou dano na arcada dentária ou em restauração dentária; alterações do nível de consciência intra ou pós-operatória; lapsos de memória; rouquidão e alteração de sensibilidade na língua.*

c) *Em situações excepcionais, independentemente da técnica anestésica aplicada, poderão ocorrer reações alérgicas, incluindo anafilaxia, choque anafilático (alergia grave), arritmia, afecções circulatórias, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos adversos mais raros.*

14. Fui informado que são condições que potencializam o risco de ocorrência de infecção a presença de diabetes, obesidade, maus hábitos alimentares e de higiene, ou caso o paciente seja idoso, etilista, tabagista, sedentário ou hipertenso, ou faça uso de drogas, medicamento corticosteroide ou anticoagulante, ou se for portador de germe multirresistente na sua flora residente (no seu organismo).

15. Fui informado que, independentemente de todos os cuidados de manejo e assepsia realizados em favor do paciente durante a sua estadia no ambiente hospitalar, é indispensável que o paciente realize com precisão os cuidados de manejo e assepsia da ferida operatória, seguindo exatamente a instrução pós-alta hospitalar em seu domicílio fornecida pelo médico, ciente de que a não observância desses cuidados poderá gerar infecção ou outros agravos a sua saúde.

16. Caso necessário, desde já autorizo a realização de transfusão de sangue ou de hemoderivados, bem como autorizo que qualquer tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

17. Estou ciente de que o paciente necessita cumprir integralmente as orientações médicas prescritas ou ditas, e de que deve buscar imediatamente atendimento médico, após a alta hospitalar, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como, mas não apenas estes: dor, febre, tontura, abertura de pontos ou sangramento.

18. Estou ciente que após a alta hospitalar o paciente necessita evitar a realização de esforço físico até ter liberação expressa para realizar isso por parte do seu médico, bem como que a não observância disso poderá causar agravo à sua saúde ou comprometer o resultado do tratamento.

19. Reconheço a limitação de que nem todos os riscos do procedimento cirúrgico e anestésico podem ser incluídos neste documento, bem como que suas ocorrências podem variar de formas inesperadas,

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

conforme as circunstâncias do caso concreto e das condições pessoais de cada paciente. A literatura médica está em constante evolução e pode complementar os possíveis riscos do procedimento.

20. Estou ciente que necessito prestar todas as informações relativas a alterações na minha saúde, presentes e passadas, clínicas, cirúrgicas, experiências e ou complicações com anestesia minhas e de familiares, alergias a medicamentos ou alimentos, medicações em uso (especialmente anticoagulantes e corticoides) e hábitos (como tabagismo, consumo excessivo de cafeína, uso de bebida alcoólica ou drogas), ciente que qualquer omissão quanto a esses dados poderá trazer prejuízos à saúde do paciente e comprometer o resultado da cirurgia.

21. Se a evolução do quadro de saúde colocar a vida do paciente em risco, autorizo a realização dos procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis ao caso na tentativa de afastar o perigo de morte apurado, inclusive, se necessário, a suspensão, complementação, extensão ou alteração do procedimento cirúrgico originalmente proposto, a critério do julgamento técnico dos profissionais da medicina em atuação durante a execução dos atos médicos, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde se realiza o atendimento.

22. Autorizo a equipe de enfermagem e médica do HBB a realizar o acompanhamento da evolução do tratamento através de registros fotográficos periódicos, se for pertinente, bem como autorizo a utilização dos dados do prontuário do paciente e das imagens em treinamentos, pesquisas clínicas ou acadêmicas por tempo indeterminado, desde que preservado o sigilo sobre a identidade do paciente.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, inclusive os termos técnicos utilizados, AUTORIZANDO a realização do procedimento acima identificado e assumindo previamente esclarecido os riscos inerentes a realização deste.

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

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
|  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