



COLECISTECTOMIA C/OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VÍDEO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o(a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, portador da CI nº _____, inscrito no CPF sob o nº _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do 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 “**COLECISTECTOMIA C/OU SEM COLANGIOGRAFIA POR VÍDEO**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que ta tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e 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: Consiste na retirada da vesícula biliar. A cirurgia pode ser feita por Videolaparoscopia ou pelo método aberto (cirurgia com corte).

INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

1. Inflamação crônica ou aguda da vesícula biliar.
2. Cálculos em vesícula biliar.
3. Pacientes que tiveram pancreatite (inflamação do pâncreas) biliar, causada pela migração das pedras para o colédoco (canal da bile).
4. Cálculos fora da vesícula no colédoco (canal da bile).

COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA:

1. Necessidade de conversão para cirurgia aberta devido inflamação grave da vesícula ou cálculos em colédoco.
2. Lesão do colédoco (canal da bile).
3. Infecções.
4. Lesão de outros órgãos, principalmente intestinos.
5. Hemorragias.
6. Trombose venosa profunda.
7. Embolia pulmonar, em geral muito grave, podendo levar a óbito.
8. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira)
9. Sangramento com necessidade de transfusão.

CBHPM – 3.10.05.12-8 / 3.10.05.10-1/ 3.10.05.11-0/ 3.10.05.14-4/ 3.10.0513-6

CID K80.0/K80.1/K80.2/K80.3/K80.4/K80.5/K80.8/K81.0/K81.1/K81.8/K81.9/K82.0/K82.1/K82.2/K82.3
/K82.4/K82.8/K82.9/K83.0/K83.1/K83.2/K83.3/K83.4/K83.5/K83.8/K83.9/C23

Infecção hospitalar

A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% (são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico).

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, comprometendo-me a 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). Declaro, 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. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Ponte Nova (Minas Gerais) _____ de _____ de _____.

_____	_____	_____
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente	Assinatura do(a) médico(a)
Nome _____	Nome _____	CRM _____
RG _____	RG _____	Nome _____
	Parentesco: _____	

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.