

ESOFAGECTOMIA

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 “**ESOFAGECTOMIA**”, 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, 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: A esofagectomia consiste na retirada total ou parcial do esôfago. O câncer de esôfago é a principal indicação para esta cirurgia, sendo raramente indicada para doenças benignas.

COMPLICAÇÕES:

1. Derrames pleurais (acumulação de líquido nas cavidades pleurais).
2. Arritmias cardíacas.
3. Rouquidão (consequente a lesão de nervos).
4. Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral, grave, podendo levar a óbito.
5. Hemorragias.
6. Fistulas (quando nos locais das suturas ocorre vazamento) que provocam infecções e são relativamente freqüentes e graves.
7. Trombose venosa profunda.
7. Trombose venosa profunda.
8. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia.
9. Recidiva do câncer.
10. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira)
11. Sangramento com necessidade de transfusão.

CBHPM – 3.10.01.05-0

CID – C15.0/C15.1/C15.2/C15.3/C15.4/C15.5/C15.8/C15.9/C16/C16.0/K22.0/K22.2/K22.3/K22.6

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).

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se 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). 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. Finalmente, declara 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, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

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

Assinatura do(a) paciente

Nome _____

RG _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente

Nome _____

RG _____

Parentesco: _____

Assinatura do(a) médico(a)

CRM _____

Nome _____

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.