

Consentimento informado – divertículo uretral feminino

Por este instrumento particular
o(a) paciente _____ ou seu
responsável, Sr.(a) _____, 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-SC sob o
nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de
saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “DIVERTÍCULO URETRAL –
TRATAMENTO CIRÚRGICO”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias 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: Retirada da anormalidade uretral denominada divertículo uretral. Como
conseqüência desta operação permanecerei com um tampão vaginal por algumas horas ou até
um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica
empregada.

COMPLICAÇÕES:

1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
2. Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
3. Incontinência urinária, com possibilidade de necessitar de tratamentos adicionais, incluindo técnicas fisioterápicas, medicamentos e cirurgias.
4. Formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.

8. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
9. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.
11. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
12. Fístula uretrovaginal, caracterizada pela formação de uma comunicação entre a uretra e a vagina, com possibilidade de tratamento cirúrgico adicional.
13. Estenose de uretra, caracterizada pelo estreitamento do canal uretral, com possibilidade de necessitar de novos procedimentos terapêuticos como dilatação uretral e cirurgias.
14. Infecção urinária de repetição, com necessidade de tratamentos adicionais com antibióticos.

CBHPM –

3.11.04.05-3CID –

N.36.1

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 Infectores 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% (aqueles 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 abertos, 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 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 que o médico explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e comprehendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do (a) meu médico (a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através da linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações prestadas pelo médico, sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso o meu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/09:

Art. 22º - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24º - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31º - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34º - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante 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.

_____, ____ de _____. _____.

Assinatura da paciente

Assinatura do(a) resp. pela paciente

Assinatura do médico

Nome da paciente

Nome do(a) resp. pela paciente

Nome do médico

RG da paciente

RG do(a) resp. pela paciente

CRM do médico