

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para tratamento de ENDOMETRIOSE PÉLVICA PROFUNDA

Por este instrumento particular o (a) paciente ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto nos arts. 22º, 31º e 34º do Código de Ética Médica e nos arts. 9º e 39, VI, da Lei 8.078/90 (abaixo descritos) que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, **Dr.(a) FLÁVIO MARSON**, inscrito(a) no **CRM-SP sob o nº 68.854** para executar o tratamento cirúrgico designado **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ENDOMETRIOSE INTESTINAL**. As cirurgias que podem ser realizadas, conforme a localização da(s) lesão(ões), gravidade do acometimento intestinal de acordo com o número, tamanho e profundidade, incluem:

1. **RETOSIGMOIDECTOMIA**
2. **RESSECÇÃO DA LESÃO EM DISCO**
3. **“SHAVING”**

As complicações mais comumente associadas ao tratamento cirúrgico são:

1. Relacionadas à retossigmoidectomia: deiscência da anastomose (0-4,8%) fístula retovaginal (0-18%), lesão de ureter (0-2%), abscesso pélvico (0-4,2%), disfunção vesical e intestinal, lesão de nervos hipogástricos e estenose da anastomose.
2. Relacionadas à ressecção em disco: deiscência ou fístula retovaginal (0-11,6%), disfunção vesical (0-9%), recidiva da endometriose (1,8-8,3%).
3. Relacionadas ao “shaving”: perfuração retal (0-2,2%), deiscência ou fístula retovaginal (0-2,6%), hemorragia (0-1,6%), disfunção vesical (0,2-6,6%), recidiva de dor (4-14%), reoperações (2,4-27,6%).

Outros locais frequentemente acometidos por endometriose são o apêndice cecal e alças do intestino delgado, necessitando de ressecções específicas, denominadas ressecção parcial de intestino delgado e apendicectomia. As vias de acesso são pelo acesso laparoscópico ou por incisão maior na parede abdominal. Outras complicações gerais são: 1. Sangramentos pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações. 2. Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, graves, podendo levar a óbito. 3. Trombose venosa profunda. 4. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia. 5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

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% Pagina [1] Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL Infecção relacionada à assistência á 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: 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 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, e independente de obter novos Termos de Consentimento, em caso de impossibilidade nos termos do 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 esclarecido 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.

Por meio deste documento, eu, _____

(nome completo) () Paciente () Responsável, portador do RG _____, declaro que:

- 1) Recebi todas as informações quanto ao procedimento a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas;
- 2) Estou ciente que poderei apresentar reações de maior ou menor intensidade devido ao procedimento e que apesar dos cuidados e da experiência dos profissionais envolvidos, podem surgir situações imprevisíveis e fortuitas;
- 3) Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito;
- 4) Recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada à oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse;
- 5) Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o (s) procedimento (s), objeto deste documento, se realize (m).

Ribeirão Preto (SP) ____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e /ou Responsável.

Ass. Médico Assistente Nome: RG/CPF: Nome: CRM: UF:

Ass. Testemunha Nome: RG / CPF

Ass. Testemunha Nome: RG / CPF.

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico 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. 34. É vedado ao médico 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.

Eu, _____, CRM/COREN: _____, atesto que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seus familiar (es) ou responsável (eis), o propósito, os benefícios e os riscos do procedimento, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e confirmado, até o momento de sua realização.

Assinatura profissional médico (a) ou enfermeiro (a)

