

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TRATAMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Por este instrumento particular o (a) _____ 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 - sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "TRATAMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA", 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 nos arts. 22º e 34º 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 cirurgia visa corrigir a perda involuntária de urina, podendo ser utilizada tela de polipropileno e outros materiais afins. Nesse contexto podem ser utilizadas para correção de incontinência urinária como para correção de defeito para - vaginal, retocele e alguns casos de prolapso de cúpula vaginal.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós operatório, podendo nestes casos, necessitar reintervenção cirúrgica.

2. Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino.

3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória.

4. Trombose venosa profunda.

5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito).

6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal).

7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica)

8. Prolapso da cúpula vaginal

9. Retenção Urinária pós-cirúrgica.

10. Insucesso no tratamento da incontinência urinária.

11. Expulsão da tela (necessitando retirada da mesma).

12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertróficagrosseira).

CBHPM – 3.11.03.33-2 CID – N81.9

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:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TRATAMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

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.

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.

Ribeirão Preto (SP) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Testemunha

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

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 dano, 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.