

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) TIREOIDECTOMIA

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 _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “TIREOIDECTOMIA”, 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 nos artigos 9º e 39º 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 consiste na retirada total ou parcial da tireóide.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragia - sangramento
2. Lesão de nervo laríngeo inferior - paralisia de corda vocal uni ou bilateral (disfonia/rouquidão)
3. Lesão de nervo laríngeo superior (alteração do timbre da voz / voz enfraquecida)
4. Hipoparatiroidismo permanente ou transitório - hipocalcemia / diminuição do cálcio sanguíneo (amortecimentos/formigamentos, alterações do estado mental, tonturas, e tetania (contrações musculares excessivas)
5. Infecção da ferida operatória
6. Hematomas
7. Hipotireoidismo (ganho de peso, constipação, pele úmida e fria, bradicardia, sonolência, hipoatividade física e mental)
8. Recidiva da patologia
9. Complicações clínicas (sistema nervoso, digestivo, respiratório, urinário, cardiocirculatório)
10. Trombose venosa profunda.
11. Pulmonares: atelectasia, pneumonia; embolia (em geral muito grave, podendo levar a óbito).
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - 302.13.05-3 CID - E07.8

Infecção relacionada à assistência à 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.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) TIREOIDECTOMIA

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-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 artigo 22, do CEM, 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.

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

CRM: _____ UF: _____

Ass. Testemunha

Ass. Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

RG / CPF: _____

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.