

I, [REDACTED] give my consent for the material presented about **MYSELF** alongside this form to appear in the related publications. It has been explained to me that the material has educational or scientific value and that publication may help to improve the care that others will receive in the future, however I/the patient will not receive any financial benefit.

I have had the opportunity to see and read the material (including the text and any other media – pictures, videos etc.) to be submitted for publication and understand that the final publication may differ in style, grammar, consistency and length.

I also understand:

1. Although the publication is primarily aimed at medical professionals and academic researchers, it will potentially be freely available to the general public anywhere in the world without time limit and may be used for commercial purposes.
2. Although my/the patient's name will not be attached and efforts will be made to protect anonymity, complete anonymity cannot be guaranteed, and it is possible somebody may recognise me from the information included in the article.
3. My consent and the material itself cannot be withdrawn after the material is approved for publication.
4. The material may be used in full or in part, in any format or may be translated or used in other publications or products derived from this publication by its original publisher and other publishers.

Signed: _

Date: _____

07.16.2020



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO



1503797A

CAVEQUIA
DONIZETI LUIZ

MASCULINO BRANCA

05/06/1962

Por este instrumento particular o(a) paciente DONIZETI LUIZ CAVEQUIA, portador do RG nº 19.166.650-6 e do CPF nº 05681196810, residente e domiciliado na R BENEDITA NOGUEIRA DOS SANTOS, nº 357, na cidade de JARDINOPOLIS - SP, declara para os devidos fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para proceder as Investigações necessárias ao diagnóstico, bem como executar o procedimento denominado amputação abdomino-perineal do reto, e todos os procedimentos que o incluem, podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

I) As terapias alternativas existentes para o tratamento, que foram apresentadas são: uso de quimioterapia e radioterapia exclusivos, cujos resultados oncológicos são menos favoráveis que os da cirurgia.

II) O tratamento cirúrgico autorizado tem o objetivo de remover o tumor retal que acomete o paciente, permitindo que o mesmo se recupere, bem como confeccionar uma colostomia definitiva (sem chance de reconstrução do trânsito).

III) Os principais desconfortos e riscos possíveis para este procedimento são: dor local e à distância (aguda ou crônica), infecção local e sistêmica, incluindo sepse grave de foco abdominal ou de outros órgãos, sangramentos de grande monta e suas consequências, como necessidade de hemotransfusão, infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico, necessidade de uso de ostomias (traqueostomia, colostomia, ileostomia, gastrostomia, peritoneostomia), necessidade de dispositivos intracavitários (drenos, cateteres e sondas), trombose de diferentes vasos sanguíneos arteriais ou venosos e necessidade de ressecção das estruturas irrigadas ou drenadas pelos mesmos, necessidade de internação prolongada em centro de terapia intensiva, semi-intensiva ou enfermagem comum, hérnias das paredes abdominal e torácica, necessidade de ressecção de estruturas e órgãos de maneira parcial ou total sem capacidade de comunicar familiares para decisão conjunta, atelectasia parcial ou até mesmo total de segmentos pulmonares, deiscência de anastomoses e suturas confeccionadas no intra-operatório, complicações relacionadas à ferida operatória, incluindo hematoma, seroma e infecção, cicatrização insatisfatória, incluindo cicatriz quelóide e hipertrófica e resultado terapêutico insatisfatório com evolução até mesmo para óbito.

IV) As possíveis seqüelas, efeitos adversos ou complicações para referido tratamento são: as acima descritas.

V) Posteriormente à realização do procedimento deverá se submeter a tratamentos outros para que o tratamento tenha o resultado esperado, tais como (fisioterapia, fonoaudiologia, etc): serão ofertados conforme necessidade e podem incluir fisioterapia motora e respiratória, fonoaudiologia, avaliação nutricional e reabilitação às atividades de vida diária.

Declara, ainda, que foi esclarecido que em toda cirurgia existem riscos significantes, como perda intensa de sangue, infecção e ataque cardíaco, que podem levar à morte ou à incapacidade temporária ou permanente. Nos casos de cirurgias, podem ocorrer infecção, dor no local da incisão ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando à necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

A lista de riscos e complicações aqui apresentada pode não incluir todos os riscos que podem ocorrer. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento.

A administração de anestesia será feita por um médico anestesiológico. Toda anestesia envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas.

Declara também, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo Dr. JULIANA HERNANDES SERIBELI FERNANDES, médico inscrito no CRM sob o nº 181158, e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Declara, igualmente, estar ciente de que tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para buscar 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, 23 de C

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do Responsável

Consent statement for the surgical procedure.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA EXAMES
RADIOLÓGICOS INTERVENZIONISTAS
PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES
ARTERIAL/VENOSO



1503797A
CAVEQUIA
DONIZETI LUIZ
MASCULINO BRANCA 05/06/1962

Por este instrumento particular o(a) paciente DONIZETI LUIZ CAVEQUIA (ou seu responsável legal), o(a) Sr. (a) _____ portador do RG nº _____ e do CPF nº _____

_____, residente e domiciliado na Rua _____, nº _____, na cidade de _____, declara para todos os fins de direito, que dá plena autorização aos membros do Corpo Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico, bem como executar o procedimento denominado Angiografia por Cateter, e todos os exames que o incluem, podendo a equipe valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde, tendo-lhe sido prestadas as seguintes informações:

Os exames diagnósticos incluem:

Arteriografia por Cateter, Flebografia Direta ou Indireta.

Os procedimentos terapêuticos incluem:

Embolização Endovascular (Aneurisma Cerebral, Malformação Arteriovenosa (MAV) de Sistema Nervoso Central ou Periférica, Fistulas Arteriovenosas de Sistema Nervoso Central ou Periféricas), Embolização de Tumor Hipervascular com ou sem Agente Quimioterápico, Oclusão ou Embolização Endovascular de Sangramento, Retirada Endovascular de Corpo Estranho, Oclusão Terapêutica Arterial ou Venosa, Trombectomia Mecânica Endovascular, Angioplastia Arterial ou Venosa (Intra-craniana, Vasos Cervicais ou Periférica), Embolização de Malformação Venosa Periférica, Injeção Intra-arterial de Medicação, Colocação de Filtro de Veia Cava, Confecção de Shunt Transjugular Intra-hepático Portal (TIPS).

I) Na realização do exame solicitado pelo seu médico, será necessária a utilização de uma substância denominada contraste iodado, que é uma medicação líquida incolor. Este contraste é necessário para a demonstração da anatomia vascular e, caso existam, evidenciará anormalidades importantes para o diagnóstico e tratamento. Normalmente, a injeção do contraste é um procedimento sem complicações. Durante a injeção de contraste ou logo após, poderá ser sentido um gosto metálico na boca, náuseas e eventualmente uma sensação de calor, provavelmente, em primeiro lugar, no rosto e cabeça e, depois, em outras partes do corpo. Estas sensações duram um curto espaço de tempo e são normalmente bem toleradas, quando ocorrem.

II) Ocasionalmente, reações alérgicas leves ou moderadas decorrentes da infusão de contraste, podem ocorrer, tais como: coceira, espirros ou edema nos olhos, ou mesmo sibilância (um chiado proveniente dos brônquios). Estes sintomas podem requerer algum tratamento com medicação, que sempre temos prontamente disponível nas dependências do Serviço. Na eventualidade de reações mais sérias serem verificadas, existem profissionais treinados para reconhecê-las e tratá-las adequadamente. Mesmo com todas as precauções necessárias, existe a possibilidade, ainda que muito rara, de ocorrerem reações mais graves, como a parada cardiorrespiratória.

III) Os principais desconfortos, riscos ou sequelas decorrentes do procedimento incluem: exposição à radiação, dor, náuseas, reação alérgica, hemorragias (sangramentos), perfuração vascular, hematoma, complicações trombo-embólicas (formação de coágulos e oclusões/entupimentos arteriais), insuficiência renal, trombose, infecção, dissecação arterial, formação de fistula-arteriovenosa, sequelas neurológicas ("derrame" e suas possíveis sequelas incapacitantes temporárias ou definitivas), necessidade de cirurgia urgente e a possibilidade rara de morte.

IV) Posteriormente ao procedimento, o local de punção arterial poderá ser ocluído por compressão manual ou por dispositivo hemostático intravascular. Em seguida, o paciente deverá permanecer com o membro punccionado (braço e/ou perna) imóvel e estendido por 6 horas.

V) A lista aqui apresentada pode não incluir todos os riscos possíveis. Novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro e que não foram informados neste documento.

VI) Este procedimento foi solicitado por seu Médico. Ele acredita que isso é necessário para sabermos exatamente qual é o seu problema na circulação, e para que se possa dar o melhor tratamento possível. Quando o Médico pediu esses exames, considerou que o Sr (a) corre mais riscos se não forem feitos, por continuar sem diagnóstico correto e sem receber o tratamento adequado.

VII) Se necessitar de anestesia (geral) esta será feita por anestesista. Em alguns casos serão administrados remédios para acalmar a pessoa que esteja muito nervosa, ou que seja criança, sem capacidade de entender a



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA EXAMES
RADIOLÓGICOS INTERVENZIONISTAS
PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES
ARTERIAL/VENOSO

1503797A
CAVEQUIA
DONIZETI LUIZ
MASCULINO BRANCA

05/06/1962

situação. Toda anestesia envolve risco, podendo ocorrer complicações e danos graves aos órgãos vitais, como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte por causas conhecidas ou desconhecidas

VIII) O exame autorizado tem o objetivo de fazer o diagnóstico de lesões nos vários órgãos do corpo. Estes exames são seguros, e realizados todos os dias, em muitos indivíduos com problemas semelhantes ao seu, neste e em outros hospitais.

Declara, também, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo Dr. FELIPE ALVES DE JESUS, médico inscrito no CRM nº 190583 e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Declara, igualmente, estar ciente de que o exame a ser realizado não assegura a garantia do diagnóstico e que outros exames podem ser necessários conforme avaliação do médico e a evolução da doença.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de outros métodos diagnósticos 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, 22 de outubro de 2018.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do responsável pelo(a) paciente

Assinatura/Carimbo do(a) Médico(a):

Dr.

Consent statement for
The embolization.