TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. Cléber Rosito Pinto Kruel, equipe médica e assistentes, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto – citorredução de tumor hepático - como forma de tratamento para grande massa tumor em fígado. O médico explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.

Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização.
2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade da realização da anestesia, por condições técnicas ou clínicas, surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
3. Dor na região do corte cirúrgico requerendo medicamentos analgésicos.
4. Possibilidade de permanecer com um dreno para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
5. Possibilidade de edema, hematoma, saída de secreções e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro.
6. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, cicatriz hepertrófica, etc.).
7. Outros riscos (especificar quando pertinente): sangramentos, reintervenção, evisceração, procedimentos minimamente invasivos (drenagem de coleções intraabdominais, colocação de drenos abdominais, etc), internação em Unidade de Terapia Intensiva, possibilidade de óbito.

Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.

Fui informado também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo .

Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste **consentimento**, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.

Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.

Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento; na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com meu médico e sua equipe, que o tratamento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: 20 / 11 / 2019

Nome (em letra de forma) do paciente ou respo[redacted]

Assinatura do paciente (ou responsável):

Documento de [redacted]

[redacted] sav[redacted]

[redacted]

[redacted] necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcel[redacted] pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução.

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **Serviço de Cirurgia Digestiva**	Nome do Paciente: JADEWICA DZIWORSKI ROOS Nº do Registro:

ADM-374A- gráfica hcpa – abr16