|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Neurocirurgia  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto,      , como forma de tratamento para      .  O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e a evolução esperada no pós-operatório. Foi dada oportunidade de fazer perguntas e todas foram 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. Dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização. 2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade de realização da anestesia ou por condições técnicas, clínicas ou administrativas surgidas imediatamente antes ou durante o ato cirúrgico e que não dependem da ação da equipe médica para sua resolução. 3. Infecção na região operada, incluindo riscos de meningite, encefalite, abscesso cerebral ou na coluna, que podem requerer nova cirurgia e/ou uso prolongado de antibióticos. 4. Febre e dor, que podem ser intensas e necessitar de tratamento com medicamentos. 5. Perda de sangue, comprometimento do encéfalo, medula, nervos e estruturas vasculares com consequente sangramento, paralisias de membros, alterações de sensibilidade, comprometimento da linguagem, da coordenação motora, da marcha, da orientação e do nível de cognição. 6. Hemorragia intracraniana, isquemia cerebral, edema (inchaço) cerebral, epilepsia (crises convulsivas), fístula liquórica e distúrbios neuroendócrinos. 7. Necessidade de tratamentos complementares, incluindo novas cirurgias. 8. Seqüelas e risco de morte em decorrência de complicação, sobre a qual não se obteve controle com medidas clínicas e cirúrgicas disponíveis no hospital. 9. Reações alérgicas e choque anafilático. 10. Lesão neurológica do encéfalo, medula, nervos e/ou envoltórios, com consequente perda de função manifestando-se como: fraqueza ou dormência de membros, paralisia e/ou espasticidade do(s) braços ou da(s) perna(s), paraplegia ou tetraplegia, fraqueza e/ou dormência facial, perdas de sensibilidade, perda de coordenação motora, perda de equilíbrio e dificuldade para caminhar, perda de visão ou visão dupla, perda auditiva, perda do olfato ou do paladar, disfunção sexual, problemas para controlar intestino e/ou bexiga, desregulação hormonal, dificuldade de fala ou de entendimento, perda de memória ou de inteligência, mudança de personalidade, coma e, inclusive, morte. 11. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não contemplar 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 a opção de não tratar cirurgicamente o meu caso.  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 da equipe médica 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. Autorizo ainda que tecidos e estruturas removidos possam ser desprezados (colocados no lixo específico) se no entender da equipe seja maior o risco de reimplante ou de armazenamento destas estruturas em meu corpo.  Concordo também com a administração dos anestésicos considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la 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 a equipe médica 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:      /     /      .    Nome (em letra de forma) da paciente ou responsável:    Assinatura da paciente ou responsável:    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade 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. | |
| POA 11 PB  TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO **Serviço de Neurocirurgia** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED- 415FE – gráfica hcpa – dez22**