|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **CIRURGIA DE NERVO PERIFÉRICO**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr.(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clínicas 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 elas foram respondidas completa e satisfatoriamente.  Estou ciente 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 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 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 da região operada, incluindo o risco de meningite, ou fibrose local, que podem requerer nova cirurgia e/ou o uso prolongado de antibióticos; 4. Febre e dor, que podem ser intensas e necessitar de tratamento com medicamentos; 5. Perda de sangue, comprometimento de nervos e estruturas vasculares (veias e/ou artérias) que requeiram transfusões de sangue e/ou seus derivados, assim como intervenções cirúrgicas por outros profissionais especializados; 6. Perda da função de parte um membro ou de todo ele (membro superior, membro inferior, mão, pé), perda de sensibilidade na área operada ou na área de onde será retirado o enxerto de nervo (quando necessário o uso de enxerto); 7. Necessidade de novos tratamentos, inclusive novas cirurgias; 8. Sequelas 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 do nervo a ser operado assim como do doador de enxerto, incluindo: paralisia de braço ou perna, fraqueza, dormência, perda da sensibilidade, dormência ou paralisia de face, dificuldade para caminhar. 11. Outros (especificar quando pertinente):      .   Estou ciente que a lista anterior pode não contemplar todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista dos riscos mais comuns.  Fui informado(a) sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto, incluindo a opção de não tratar cirurgicamente o meu caso. Fui informado(a) também que o(a) médico(a) responsável decidirá, no momento do ato cirúrgico, a necessidade do uso de enxerto e o local mais conveniente para sua retirada.  Reconheço que durante o procedimento cirúrgico 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. Assim, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Essa 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 que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Autorizo também que estruturas ou tecidos que sejam removidos possam ser desprezados (colocados no lixo específico) se no entender da equipe médica for maior o risco de reimplante ou de armazenamento destas estruturas em meu corpo.  Concordo ainda com a administração dos anestésicos considerados necessários para realização do procedimento. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com qualquer tipo de 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 ambulatório/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 é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que 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  **CIRURGIA DE NERVO PERIFÉRICO** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-536FE – gráfica hcpa – dez22**