

O (A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____, 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, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: SEGMENTECTOMIA PULMONAR, e todos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 22, 24, 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: é o procedimento cirúrgico que implica extirpar um setor ou segmento do pulmão.

A segmentectomia pulmonar é um procedimento cirúrgico indicado em casos de comprometimento do parênquima pulmonar de pequena extensão, que gera uma perda funcional com prejuízo da função cardiorrespiratória e requer tratamento especializado.

PROCEDIMENTO: Também denominada ressecção segmental, é um procedimento em cirurgia torácica que consiste na remoção de um segmento pulmonar. Os segmentos bronco-pulmonares são subdivisões dos pulmões que funcionam como unidades independentes, mantendo-se unidos graças à presença de um delicado tecido conectivo. Necessita-se de muita cautela durante a realização de uma segmentectomia para se preservar tanto quanto possível o tecido pulmonar funcional e sadio, sobretudo em pacientes que já possuem uma reserva cardiopulmonar limitada.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias (sangramentos)
2. Pneumotórax contralateral (lesão da pleura ou pulmonar).
3. Fratura de costela.
4. Fístula periférica ou broncopleural (vazamento de ar temporário).
5. Fístula broncovascular (sangramento para dentro do pulmão).
6. Hérnia cardíaca (saída do coração fora do pericárdio – membrana que reveste o mesmo, quando da necessidade de abri-la).
7. Tamponamento cardíaco (acúmulo de sangue no pericárdio quando aberto).
8. Hipotensão (pressão baixa).
9. Arritmias cardíacas.
10. Hematomas.
11. Infecção de ferida operatória.
12. Infarto do miocárdio.
13. Edema pulmonar (líquido em excesso no pulmão por alterações pulmonares ou cardíacas)
14. Insuficiência respiratória (falta de ar).
15. Atelectasias (retenção de secreções nos pulmões).
16. Pneumonias.
17. Torsão do lobo pulmonar e gangrena.
18. Infarto pulmonar.
19. Fístula broncopleural (comunicação do brônquio com a pleura com saída de ar prolongada).
20. Empiema pleural (pus na cavidade pleural).
21. Hemoptise (escarro com sangue).
22. Derrame pleural (líquido na pleural).
23. Lesão de esôfago.
24. Deiscência de ferida operatória (quando há abertura dos pontos).
25. Quilotórax (derrame pleural esbranquiçado por lesão do ducto linfático causando alterações do estado nutricional do doente).
26. Enfisema subcutâneo (ar embaixo da pele).
27. Lesão de nervo frênico (paralisia do diafragma – músculo da respiração).
28. Lesão de nervo laríngeo inferior (rouquidão).
29. Paraplesia (lesão de medula espinhal ou de seu suprimento arterial).

30. Lesão de meninge – fistula aracnóide – pleural (membrana que reveste a medula espinhal).
31. Embolia tumoral (obstrução de vasos por êmbolos tumorais)
32. Trombose venosa profunda (formação de coágulos no sangue por tumor ou estado de coagulação alterado).
33. Insuficiência renal.
34. Embolia pulmonar (embolo de sangue, ar, ou gordura obstruindo a circulação pulmonar, levando a dificuldade respiratória).
35. Acidente vascular cerebral (derrame).
36. Lesão de plexo braquial (nervos que inervam o membro superior).
37. Neuralgia intercostal prolongada (dor amortecimento pós-operatória).
38. Estenose de traquéia e/ou laríngea (diminuição da luz por necessidade de intubação prolongada).
39. Reestenose após cirurgia traqueal e ou laríngea para estenose.
40. Necessidade de reintervenção (novas cirurgias).
41. Parada respiratória.
42. Parada cardíaca.
43. Recidiva da patologia.
44. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infections Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **SEGMENTECTOMIA PULMONAR**, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado 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, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

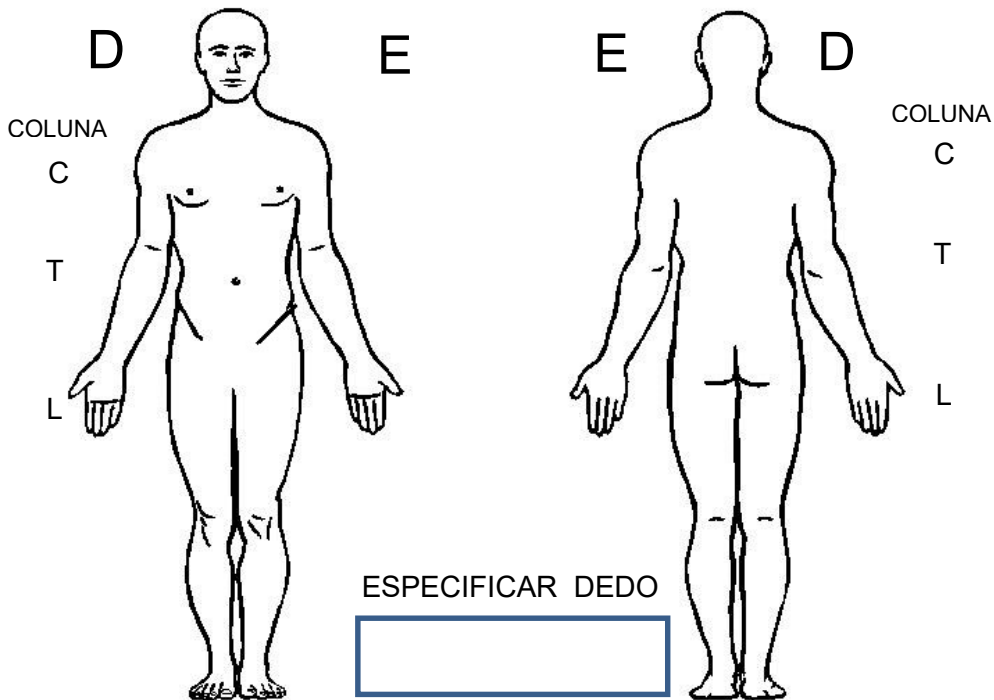
Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.

O(A) paciente _____ data de nascimento ___/___/___,

ou seu responsável _____, **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, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº _____	RG Nº _____
NOME _____	NOME _____
Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____	