

Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Amputação de Membros

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s):

- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares do Hcor.
- Recomendando esta cirurgia seu médico pesou os riscos e benefícios deste procedimento em relação aos riscos e benefícios de não indicar este procedimento e ele acredita que há um benefício evidente para realizá-lo no seu caso.

Os principais riscos gerais deste procedimento são:

- Infecção pode ocorrer requerendo antibióticos e tratamento prolongado.
- Sangramento pode ocorrer e requerer retorno ao Centro Cirúrgico para revisão, principalmente quando em uso de medicamentos que diminuem a coagulação do sangue (Aspirina, Varfarina, Clopidogrel, etc.) .
- Atelectasias nos pulmões (áreas sem ar dentro de partes do pulmão) em consequência da imobilidade, podendo requerer fisioterapia e antibióticos.
- Aumento do risco de infecção e trombozes em pessoas obesas e/ou diabéticas.
- Trombose venosa no membro inferior, podendo evoluir para embolia pulmonar.
- Óbito como resultado deste procedimento.

Riscos específicos e complicações:

- A circulação de suplência para o tecido deixado após a amputação pode não ser suficiente podendo levar a uma nova amputação se necessário.
- A ferida pode cicatrizar lentamente e pode tornar-se infectada, levando a cuidados específicos e uso de antibióticos.
- Pode haver sensação de dor ou sensibilidade como se o membro amputado ainda estivesse presente.
- Dificuldade de movimentação do membro operado (rigidez) podendo ser necessário fisioterapia.
- Pode haver formação de quelóide na cicatriz que se apresenta de forma grosseira e avermelhada.
- De acordo com o item VI desta política, a proposta da cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas. Tive a oportunidade de perguntar e esclarecer minhas dúvidas. Tais perguntas foram respondidas de forma satisfatória e minhas dúvidas esclarecidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre resultados a serem obtidos.
- Autorizo qualquer outro procedimento, cirurgia, tratamento ou exame que sejam necessários em decorrência de situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessário esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens citados neste documento.**

Nome legível: _____

Identidade nº: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

De acordo com a política de direitos do paciente e familiares o Hcor, expliquei de forma clara, objetiva e compreensível todo o procedimento cirúrgico e que o(a) paciente e/ou responsável, seus benefícios, riscos e complicações potenciais e alternativas, tendo respondido às perguntas que me foram formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____ CRM: _____

Assinatura: _____