

## **Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento para Procedimentos Específicos Cirurgia de Hematomas Intracranianos**

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

- 1- Tive acesso à política de Direitos e Deveres dos Pacientes e Familiares do Hcor.
- 2- 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.
- 3- Os principais riscos deste procedimento são:

### **Riscos e complicações mais comuns (maior que 5%)**

- Infecções requerendo uso de antibióticos e tratamento adicional.
- Sangramentos podem ocorrer, podendo até retornar ao centro cirúrgico principalmente se estiver em uso de medicamentos que alterem a coagulação.
- Podem ocorrer acidentes vasculares cerebrais ou complicações semelhantes causando déficits neurológicos em face, braços e pernas, podendo ser temporário ou permanente.
- Lesão no cérebro, nervos importantes ou vasos sanguíneos podendo levar a complicações semelhantes a derrames.

### **Riscos e complicações menos comuns (menor que 5%)**

- Infecções requerendo uso de antibióticos e tratamento adicional.
- Lesão no cérebro, nervos importantes ou vasos sanguíneos podendo levar a complicações semelhantes a derrames.
- Distúrbios de memória ou confusão mental, podendo ser temporários ou permanentes.
- Pode ocorrer vazamento de líquido através da ferida operatória podendo requerer reoperação.
- Dores e adormecimentos no local da cirurgia.
- Existe a possibilidade da lesão não ser removida completamente, podendo ser necessário radioterapia e/ou quimioterapia.
- Deformidade do crânio e / ou resultado cosmético ruim podem ocorrer exigindo nova cirurgia em um estágio posterior.
- Diminuição da concentração de sódio no sangue podendo levar a ser tratado em UTI ou tratamento posterior.
- Pequenas áreas dos pulmões podem colapsar (atelectasias) aumentando o risco de infecção pulmonar, podendo requerer antibióticos e fisioterapia.
- Aumento do risco de complicações infecciosas em pessoas obesas, complicações cardíacas, pulmonares e trombozes.
- Trombose venosa em membros inferiores causando dor e inchaço. Em casos raros parte do trombo formado pode se romper e se dirigir aos pulmões.

### **Riscos e complicações menos comuns (menor que 1%)**

- Convulsões que podem requerer medicação específica e esta condição pode ser temporária ou permanente.
- Abscessos cerebrais requerendo uso de antibióticos e/ou drenagem cirúrgica e internação prolongada.
- Coma
- Óbito

- 4- 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.
- 5- 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.
- 6- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido(s) durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, quando necessário esclarecimento diagnóstico e implicações terapêuticas.
- 7- **Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens citados neste documento.**

Nome legível: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Paciente ou Responsável

**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: \_\_\_\_\_