

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S)

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ETIQUETA

1. Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnósticas: \_\_\_\_\_

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido, a realização de \_\_\_\_\_ ao nível anatômico \_\_\_\_\_ como forma de tratamento da doença atual. O procedimento planejado foi a mim explicado pela equipe médica.

3. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação do procedimento cirúrgico para amputação do Membro e Nível Anatômico (altura) do membro a ser amputado.

4. Estou ciente que, durante o procedimento, o médico responsável poderá alterar o Nível Anatômico (altura) do membro do membro a ser amputado, conforme a necessidade, dependendo do grau e extensão da lesão, visando o melhor e mais adequado tratamento.

5. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, aos tratamentos alternativos e às possibilidades de ter os resultados esperados. Também recebi todas as explicações quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e aos riscos que existem em não realizar o procedimento.

6. Fui informado que as complicações associadas às amputações, em geral, decorrem do acometimento pela própria doença que motivou a amputação em outros sítios vasculares. Assim, estou ciente de que abaixo são listadas somente as complicações mais frequentes deste procedimento e que outras mais raras não serão elencadas:

- Revisão não planejada: 28%
- Readmissão hospitalar em 30 dias: 22%
- Complicações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca e infarto: 10,2%
- Mortalidade em 30 dias: 8,6%
- Pneumonia: 4,5%
- Insuficiência renal: 0,6 a 2,6%
- Infecção da ferida operatória em 5,5% e hemorragia ou hematoma no coto de amputação em 1,3%
- Cicatrizes
- Dor do membro fantasma (sensação de que o membro não foi amputado).

7. Tenho ciência de que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento cirúrgico para amputação de membros pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;

8. Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

9. Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer outro procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, conforme o caso.

10. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passados, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação incorreta pode implicar em risco de complicações;

11. Fui informado(a) que posso revogar ou modificar o consentimento a qualquer tempo, sem que resulte qualquer desvantagem ou prejuízo, com exceção quando já iniciado o procedimento médico, e a revogação puder implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente.

12. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

13. Esta autorização é dada ao (à) médico (a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional (is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

**14. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Paciente             Responsável

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Identidade Nº: \_\_\_\_\_

Itajubá/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, bem como sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles(s). De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

Cód.: TCLE-VASC-0001