

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: **TIPS (ANASTOMOSE PORTO-CAVA PERCUTANEA TRANSJUGULAR)** 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 9, VI Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o procedimento acima apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados para ser autorizado.

Definição: O procedimento denominado de “TIPS” é realizado sob anestesia geral, através de uma punção de uma veia localizada no pescoço (veia jugular direita) e de uma punção de uma artéria da virilha (femoral). Após a anestesia, cateteres são introduzidos no sistema vascular, de forma indolor e então, injeções de contraste iodado permitirão visualizar as artérias e veias do corpo por meio de equipamentos que emitem raio-x em tempo geral. Ao identificar as veias hepáticas e portas, um sistema constituído de agulhas e cateteres é transpassado por dentro do fígado com a finalidade de se construir uma ponte entre a circulação venosa que chega no fígado com a circulação venosa que sai deste órgão. Para isto será implantando um ou mais stents permanentes dentro do fígado. Este procedimento visa diminuir a hipertensão na veia porta e, conseqüentemente, os sintomas causados pela congestão hepática (ascite, hepatomegalia, esplenomegalia, varizes, hidrotórax). Se houver persistência de varizes gástricas e/ou esofágicas mesmo após a confecção do TIPS, um microcateter será introduzido dentro desses vasos e, posteriormente, substâncias serão administradas para ocluir estes ramos venosos e diminuir o risco de hemorragias digestivas. No final do procedimento os cateteres serão retirados, sendo necessário ficar em repouso absoluto por pelo menos 6 horas.

Fui informado (a) acerca das possíveis conseqüências da não realização deste procedimento e/ou tratamento. Estou ciente de que o procedimento pode apresentar diversos riscos potenciais, destacando-se os principais abaixo:

- Lesões de pele (escoriações, equimoses) por atrito na movimentação do paciente;
- Reações alérgicas às medicações utilizadas. A anafilaxia, que se refere à apresentação mais grave de alergia, ocorre entre 3 a 50 pessoas a cada 100 mil (incidência de 0,003% a 0,05%);
- Flebite - termo que se refere à inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
- Reações vaso-vagais - termo que se refere à queda de pressão arterial, tonturas e bradicardia;
- Dor, desconforto local, náuseas, vômitos, febre durante ou após o procedimento;
- Perfuração de órgãos adjacentes, como o estômago, intestinos, rim, vesícula biliar, pulmão, etc.;
- Calor no corpo durante a injeção do meio de contraste;
- Sangramentos na região da punção arterial, com possível evolução para hematomas e em casos mais raros, hipotensão e choque;
- Pseudoaneurismas – dilatação da artéria podendo evoluir para sangramentos.
- Dissecção e/ou trombose arterial – fechamento do fluxo da artéria, podendo evoluir para isquemia das regiões do corpo que são nutridas por essa artéria. Pode requerer um tratamento de urgência para abrir esses vasos.
- Embolias – fechamento de vasos arteriais ou venosos de órgãos distantes do planejado (rim, intestinos, pulmão, medula, membros, bexiga, útero, ovários, coração, cérebro) por migração de coágulos ou mesmo das partículas embolizantes injetadas para tratamento do tumor.
- Hemorragia intra-abdominal – sangramento dentro e/ou fora do fígado podendo ocorrer por lesão de veia hepática e/ou veia porta e/ou artéria hepática.
- Hemobilia – sangramento dentro das vias biliares, podendo se apresentar na forma de vômitos com sangue e/ou fezes escuras.
- Encefalopatia – alterações no nível de consciência, podendo ser leve (fraqueza, sonolência) e em casos mais raros graves (letargia, coma), ocorrendo devido ao acúmulo de toxinas na corrente sanguínea que deveriam ser metabolizadas pelo fígado normal.

- Insuficiência cardíaca direita – elevação do débito cardíaco devido ao aumento do fluxo que irá ser distribuído as câmaras cardíacas direitas após a confecção do TIPS.
- Insuficiência hepática – falência do fígado devido a redução do fluxo portal que irriga este órgão. É mais frequente em pacientes com hepatopatias crônicas em lista de transplante.
- Estenose e/ou oclusão do TIPS – oclusão geralmente causada por trombos, podendo levar a recorrência dos sintomas previamente instalados. Ocorre em cerca de 20% dos casos em 1 ano pós-procedimento.
- Infecção do TIPS – complicação extremamente rara e que geralmente melhora com uso de antibióticos;
- O paciente poderá necessitar de uma re-abordagem, ou seja, a repetição do procedimento, caso não seja possível a realização do TIPS por diversos motivos (como por exemplo a oclusão completa das veias hepáticas, dificuldades técnicas, variações anatômicas, entre outros).
- Complicações graves são muito raras, entretanto, podem ocasionar a hospitalização prolongada, outras intervenções cirúrgicas e até mesmo levar a óbito.

Observação:

- Estou ciente e autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos, complicações e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento pode 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.

Declaro que o médico explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias/tratamento podem gerar fatos e intercorrências bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Declaro ter sido informado e compreendido 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 passa a fazer parte de minha ficha clínica ou arquivada na guarda pessoal do (a) 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 o acesso à ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório, inclusive, a solicitar segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

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.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos (como por exemplo, cirurgia videolaparoscópica, cirurgia aberta, entre outros) e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através da linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações prestadas pelo médico, sobre as informações, bem como os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresse o meu pleno consentimento para a realização do procedimento/tratamento indicado.

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

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº 1.931/09:

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 lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor - Lei nº 8.078 de 11/09/1990:

Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou 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.

Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

PACIENTE

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordei com os itens acima referidos e, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Paciente ou Responsável (Grau de parentesco _____)

Nome: _____

Identidade nº: _____ CPF: nº: _____

Assinatura: _____

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

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 - sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido aos questionamentos formulados pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome: _____

CRM: _____

Assinatura: _____

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

ACOMPANHANTE

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais:

Eu, _____, identidade

n.º _____, responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima identificado, após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Dona Helena, até a sua residência.

Assinatura _____

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

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