

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Cirurgia de Varizes**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: o procedimento consiste em realizar pequenas incisões no local das varizes, com retirada da veia posteriormente. Se for necessário a realização da safenectomia, uma incisão em região inguinal e outra em região tornozelo será realizada.

O tratamento cirúrgico designado "CIRURGIA DE VARIZES", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro (a), outrossim, que o(a) referido(a) médico(a) por mim escolhido, Dr(a) _____ atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem.

DEFINIÇÃO DE VARIZES: É uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro (s) inferior (es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante.

INDICAÇÕES: A cirurgia é indicada como forma de resolução do problema e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo. Não é tratamento profilático.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna, total ou parcial, (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perfurantes, exérese de veias varicosas e ablação por endolaser.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. Apesar da cautela, do procedimento descrito acima pode apresentar complicações como todos os procedimentos cirúrgicos, a exemplo de: Equimoses difusas (roxos); Hematomas: (coleções localizadas de sangue); Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); Aparecimento de telangectasias (microvarizes); Sangramento ao nível das incisões; Edema (inchaço) pós-operatório; Flebite de veia superficial; Linforreia (secreção de linfa pelas cicatrizes); Linfocele (pequeno nódulo); Linfedema: (inchaço persistente); Lesão de nervos (é relativamente frequente) e pouca dormência no local; Infecção; Lesões de grandes veias; Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas); Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão); Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira). No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

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

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Cirurgia de Varizes**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

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 aceitos 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.

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e 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. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido 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, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

() **Paciente**

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

() **Responsável**

Nome: _____

Identidade nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Assinatura: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____

Declarção do Médico Responsável

**Termo de Consentimento Livre Esclarecido
Cirurgia de Varizes**

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	RG Nº:
PRONTUÁRIO:	ATENDIMENTO:

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o exame, os riscos e complicações, as orientações pré e pós exame. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____ / _____ / _____