



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HERNIORRAFIA UMBILICAL

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, 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, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-TO _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “HERNIORRAFIA UMBILICAL”, 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. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º 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-cirurgião 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:** a hérnia umbilical consiste em um saco peritoneal com conteúdo intestinal ou gordura que protui através da cicatriz umbilical. São mais frequentes em mulheres. O tratamento é cirúrgico, podendo-se usar tela de polipropileno ou não (depende do tamanho da hérnia).

COMPLICAÇÕES:

1. Infecção da ferida operatória.
2. Seroma (acúmulo de líquidos).
3. Hematoma (acúmulo de sangue).
4. Recidiva da hérnia.
5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.10.09.16-6

CID – K42.9

Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, 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.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Herniorrafia Umbilical

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser 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, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Palmas / TO _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____
RG/CPF: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____