



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PARA DRENAGEM DE VIA BILIAR**

NOME: _____
DATA NASC.: ____/____/____ UNIDADE: _____
LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____
CONVÊNIO: _____ ATENDIMENTO: _____

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 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____ para realizar o procedimento invasivo designado “**(DRENAGEM DE VIA BILIAR)**”, 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 nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos), prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

É um procedimento terapêutico minimamente invasivo, em que uma fina agulha é introduzida no fígado através da sua pele guiada por ecografia ou raio-X. Posteriormente, a agulha é substituída por um cateter flexível ou uma prótese, que permitirá drenar as vias biliares obstruídas.

COMPLICAÇÕES:

1. COLANGITE
2. HEMORRAGIA
3. SEPSIS
4. EXTRAVAZAMENTO PERICATETER
5. DESALOJAMENTO PERICATETER
6. TRANSGRESSÃO PLEURAL

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 Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

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. Finalmente, declara 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, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica – Art. 22 - É vedado ao médico 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. 34 - É vedado ao médico 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.

- 1. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: 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. 39** - 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

CBHPM:

CID:

Fortaleza - CE _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente e/ou responsável

Assinatura do(a) médico(a)

RG: _____

CRM: _____ UF: _____

Nome: _____

Nome: _____