

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIAS ELETIVAS - COVID19

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao(à) paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido(a). Assim, em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016ⁱ, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Nome Social:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

1. Eu, acima identificado(a), na condição de paciente do Hospital Santa Mônica ou de responsável legal pelo(a) paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, DECLARO que fui informado(a) pelo(a) Dr(a). _____, CRM nº _____, ter sido diagnosticado(a) com _____, CID____, e que, por isso, necessito ser submetido(a) a cirurgia _____.

2. Entendo que, como em todo procedimento, há riscos inerentes, ainda que todas as cautelas previstas em literatura médica sejam tomadas, por exemplo: _____

_____¹

3. Outrossim, certifico que me foi previamente esclarecido o cenário atual da pandemia do coronavírus e declaro que não estou enquadrado(a) no grupo de risco para o COVID-19 (que inclui idosos, diabéticos, hipertensos, insuficientes renais crônicos, portadores de doença respiratória crônica e portadores de doenças cardiovasculares).

4. Registro que me submeti a todos os exames pré-operatórios solicitados e que informei ao meu médico qualquer fator de risco sobre a minha saúde. Confirmo, ainda, que:

[] Não realizei viagens no último mês, tampouco tive contato com pessoas sabidamente infectadas ou com sintomas como febre, tosse seca, dificuldade respiratória, produção de escarro, congestão nasal ou conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza e outros sintomas gripais.

[] Embora tenha realizado viagens no último mês, não tive contato com pessoas sabidamente infectadas ou

com sintomas como febre, tosse seca, dificuldade respiratória, produção de escarro, congestão nasal ou

¹ O Médico deverá descrever os riscos gerais inerentes ao procedimento indicado.

conjuntival, dificuldade para deglutir, dor de garganta, coriza e outros sintomas gripais, tendo me submetido ao teste para detecção do COVID-19, o qual apresentou resultado negativo.

5. Fui esclarecido(a) de que o Hospital Santa Mônica está atento às diretrizes epidemiológicas e tomando todas as medidas preventivas necessárias, tais como utilização de equipamentos de segurança para os profissionais da saúde, limpeza e desinfecção rigorosas dos ambientes/equipamentos cirúrgicos e das salas de recuperação, monitoramento da saúde de seus colaboradores, restrição de visitas, entre outras ações. Compreendo, também, que, em que se pese todas as precauções adotadas pela Instituição, existem, em decorrência do momento em que o país atravessa, outros riscos associados ao procedimento cirúrgicos. Por isso, declaro que:

- Estou ciente de que, embora os cuidados tomados pelo Hospital reduzam significativamente as chances de contágio em ambiente hospitalar, é possível que pacientes possam contrair COVID-19 durante a internação ou durante a realização de exames, procedimentos, cirurgias e anestesia;
- Estou ciente de que pacientes de procedimentos cirúrgicos que contraírem COVID-19 no pós-operatório podem desenvolver quadros mais graves de infecção devido às alterações fisiológicas causadas pela cirurgia;
- Estou ciente que pacientes que tenham contraído a COVID-19 há poucos dias podem ainda não ter desenvolvido os sintomas típicos que indiquem a suspeita de infecção, não sendo possível à equipe médica identificar o quadro antes da realização do atendimento buscado;
- Estou ciente que a ventilação mecânica, muitas vezes necessária no curso de procedimentos anestésicos, pode resultar no agravamento do quadro causado pela COVID-19, mesmo para pacientes até então assintomáticos;
- Estou ciente que pacientes cirúrgicos que tiverem complicações respiratórias decorrentes do procedimento anestésico podem ter sintomas semelhantes àqueles causados pela COVID-19, o que pode levar a uma dificuldade diagnóstica;
- Estou ciente que pacientes cirúrgicos que desenvolverem quadro grave de infecção por COVID-19 no pós-operatório podem ter mais complicações cirúrgicas associadas, em agravamento ao quadro geral, podendo, inclusive, causar o óbito;
- Estou ciente que pacientes com infecção assintomática (sem sintomas) por COVID-19 podem transmitir a COVID-19 à equipe de saúde responsável pela sua assistência antes, durante e depois do procedimento;
- Estou ciente, de que existe a possibilidade de já portar a infecção por COVID-19, estando, porém, assintomático no momento, bem como tenho conhecimento dos riscos evidentes de contaminação comunitária, inclusive fora do ambiente hospitalar, ou mesmo durante o trajeto para a realização da cirurgia, ou no retorno para a minha residência, diante de possíveis contatos com pessoas, ambientes ou superfícies contaminadas;
- Estou ciente e confirmo ter sido informado(a) inexistir vacina aprovada para combater esse vírus, até o presente momento;

- Estou ciente da possibilidade de suspensão/cancelamento da cirurgia a qualquer momento, inclusive no dia do procedimento, caso o médico avalie que há alguma situação nova que exponha o paciente ou a equipe médica à risco.
- Estou ciente de que Hospital Santa Mônica mantém uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assim como um Comitê de Enfrentamento ao COVID 19, conforme Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020.

6. Após ter sido esclarecido(a) acerca de todas as minhas dúvidas, e estar ciente de todos os riscos, inclusive de contaminação por COVID-19 durante o meu tratamento cirúrgico, tomei a decisão de realizar a cirurgia nesse momento, estando ciente de que, durante o período do meu tratamento, por consequência da pandemia, poderá ser recomendado o afastamento de membro da minha equipe médica, incluindo o médico assistente, acarretando em transferência dos meus cuidados à outros profissionais da instituição.

7. Por fim, registro minha autorização em relação a qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

8. Com relação a transfusão de sangue ou hemoderivados, que venham a ser necessários em situações imprevistas que possam ocorrer e demandem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, você autoriza?

Sim

Não

9. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução do meu quadro 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 melhores práticas e literatura médicas.

10. Asseguro que recebi explicações claras, objetivas e acessíveis, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas remanescentes. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____.

2. _____ CPF: _____.

Imperatriz / MA, _____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo(a) médico(a):

Identificação do(a) Médico(a)		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao(à) paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela indicação e realização do procedimento cirúrgico ao qual o(a) paciente será submetido(a).

Carimbo / Assinatura do(a) Médico(a):

Imperatriz / MA, _____ de _____ de _____.

¹ Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido."