

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – IMPLANTE DE CATETER PARA QUIMIOTERAPIA

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016<sup>1</sup>, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

| Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal |            |
|---|------------|
| <b>Nome:</b>                                      |            |
| <b>Tipo de Documento De Identificação:</b>        | <b>Nº:</b> |

1. Eu acima identificado, na condição de paciente do Hospital Santa Mônica (IMV) ou de responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_ e todos os demais profissionais vinculados a assistência, a necessidade de proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**Implante de Cateter para Quimioterapia**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

2. Estou ciente, quanto aos riscos e benefícios inerentes a este procedimento, podendo eventualmente decorrer complicações abaixo relacionadas, mais frequentes, descritas pela literatura médica:

- Procedimento: **Implante de Cateter para Quimioterapia**

Descrição: Consiste no implante de um cateter de maior calibre que os usuais pela necessidade de maior fluxo de qualquer medicamento e cuja extremidade vai estar posicionada em uma veia de grande calibre próximo ao coração, a veia cava, evitando assim a flebite e oclusão de veias periféricas. Esses cateteres podem ser implantados na região do pescoço e ombros ou na região inguinal.

- Complicações:

Sangramentos externos, pequenos e autolimitados e formação de pequenos hematomas e equimoses no local da cirurgia são comuns, mas geralmente causam pouca ou nenhuma repercussão e são resolvidos sem nenhuma intervenção adicional. Sangramentos pequenos e persistentes, embora não ofereçam maior risco, podem exigir prolongamento da permanência do paciente no hospital para observação, trocas de curativos e pontos de sutura adicionais. Grandes sangramentos e hematomas são complicações pouco comuns e podem exigir intervenções cirúrgicas como abertura da pele para drenagem do hematoma, com ou sem retirada do cateter. Casos extremos de lesão de vasos ou órgãos internos, durante ou após a colocação do cateter, são raros e podem exigir intervenções cirúrgicas, intubação e ventilação mecânica para prevenir a compressão da via respiratória. Infecções não são incomuns e geralmente exigem a retirada do cateter e administração de antibióticos. Em casos extremos, as infecções podem invadir a corrente sanguínea e causar septicemia, endocardite (infecção no coração) com alto

risco. Trombose nas veias onde o cateter é inserido é comum, porém a grande maioria dos casos não apresenta sintomas e não exigem nenhuma intervenção ou tratamento. O tratamento com anticoagulantes é indicado em pequeno número de casos. A embolia pulmonar com repercussão clínica é rara e também raramente o cateter pode se desprender-se ou fragmentar-se e ficar solto dentro da corrente sanguínea, dentro do coração ou veias do pulmão, o que pode exigir intervenções para sua retirada. Risco de óbito.

**TRATAMENTOS ALTERNATIVOS:** Outros tipos de cateter podem ser usados também para administração de medicamentos e quimioterápicos, como o PICC (cateter central de inserção periférica), o cateter de Hickman® ou Permicath® e o cateter venoso central comum. Outra opção é manter as punções de veias dos braços. Cada tipo de cateter apresenta vantagens e desvantagens e nenhum deles é isento de complicações. A escolha de um tipo de cateter leva em conta as particularidades do paciente e de sua condição de saúde.

3. Declaro ter ciência que Hospital Santa Mônica (IMV) mantém uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, conforme determinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

4. Autorizo 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.

5. 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

6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7. 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 melhores práticas e literatura médicas.

8. Por fim, confirmo 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 médico:**

| Identificação Do Médico |              |            |
|-------------------------|--------------|------------|
| <b>Nome:</b>            |              |            |
| <b>CRM:</b>             | <b>Tipo:</b> | <b>Nº:</b> |

Declaro que esclareci ao 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 realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

\_\_\_\_\_

Imperatriz/MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<sup>1</sup> 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."