

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **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, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR

sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HEPATECTOMIA**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **HEPATECTOMIA**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** É a retirada cirúrgica de parte do fígado.

**INDICAÇÃO:** É realizada para tratamento de tumores primários de fígado e metástases hepáticas de outros tumores em casos selecionados (principalmente colo-retais e carcinoides).

### **CONTRAINDICAÇÕES MAIS COMUNS:**

- Função cardiopulmonar comprometida;
- Desnutrição severa;
- Função hepática comprometida;
- Invasão da bifurcação da veia porta ou trifurcação das veias hepáticas;
- Quantidade prevista de parênquima hepático restante < 1% do peso corporal.

**COMO É FEITA:** A cirurgia na maior parte das vezes é realizada por via aberta, através de uma incisão transversa na parte superior do abdome, acompanhando a curvatura formada pelas costelas. Após inspeção de todo o fígado e demais órgãos da cavidade abdominal é iniciada a cirurgia. Os vasos sanguíneos que chegam e deixam o fígado são isolados. Após o controle vascular, a parte do fígado comprometida é retirada. Pode-se diminuir a necessidade de hemotransfusão durante a ressecção hepática utilizando técnicas de exclusão vascular, hipotensão controlada, aspiração ultrassônica, coagulação com argônio. Ao final da cirurgia, um dreno é deixado próximo a superfície onde o fígado foi cortado, para monitorar sangramentos e vazamento de bile.

**RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA:** No período pós-operatório imediato o paciente deve ficar na UTI, para monitorização de sangramentos e função hepática. Quando estável, retorna para o quarto. Após a remoção cirúrgica de parte do fígado (em um fígado normal até 75% pode ser retirado), ele começa a se regenerar. A função volta ao normal em 6-8 semanas.

### **COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES:**

- pneumonia;
- trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar;
- insuficiência hepática;
- sangramento;
- "vazamento" de bile pela superfície do fígado que foi cortada;
- Reoperações podem ocorrer.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Complicações: As complicações cirúrgicas das hepatectomias são diretamente proporcionais ao tamanho da ressecção hepática, ou seja, da quantidade de parênquima retirado e a gravidade da doença de base, de maneira geral apresentam aproximadamente 4% de morbidade, sendo:

- Hemorragia da área cruenta hepática, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fístula biliar, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fratura de arcos costais, pela tração imposta pelo afastador que possibilita o manuseio hepático;
- Deiscência de ferida operatória, pela ampla incisão;
- Disfunção hepática transitória;
- Insuficiência Hepática;
- Infecção e abscesso por ser cirurgia de grande porte e potencialmente contaminada;
- Recidivas;
- Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral grave podendo levar a óbito.
- Formação de hérnia incisional no local do corte;
- Trombose venosa profunda;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**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 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.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HEPATECTOMIA**, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**  
**1º Via do Paciente**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **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, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR

sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HEPATECTOMIA**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **HEPATECTOMIA**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** É a retirada cirúrgica de parte do fígado.

**INDICAÇÃO:** É realizada para tratamento de tumores primários de fígado e metástases hepáticas de outros tumores em casos selecionados (principalmente colo-retais e carcinoides).

### **CONTRAINDICAÇÕES MAIS COMUNS:**

- Função cardiopulmonar comprometida;
- Desnutrição severa;
- Função hepática comprometida;
- Invasão da bifurcação da veia porta ou trifurcação das veias hepáticas;
- Quantidade prevista de parênquima hepático restante < 1% do peso corporal.

**COMO É FEITA:** A cirurgia na maior parte das vezes é realizada por via aberta, através de uma incisão transversa na parte superior do abdome, acompanhando a curvatura formada pelas costelas. Após inspeção de todo o fígado e demais órgãos da cavidade abdominal é iniciada a cirurgia. Os vasos sanguíneos que chegam e deixam o fígado são isolados. Após o controle vascular, a parte do fígado comprometida é retirada. Pode-se diminuir a necessidade de hemotransfusão durante a ressecção hepática utilizando técnicas de exclusão vascular, hipotensão controlada, aspiração ultrassônica, coagulação com argônio. Ao final da cirurgia, um dreno é deixado próximo a superfície onde o fígado foi cortado, para monitorar sangramentos e vazamento de bile.

**RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA:** No período pós-operatório imediato o paciente deve ficar na UTI, para monitorização de sangramentos e função hepática. Quando estável, retorna para o quarto. Após a remoção cirúrgica de parte do fígado (em um fígado normal até 75% pode ser retirado), ele começa a se regenerar. A função volta ao normal em 6-8 semanas.

### **COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES:**

- pneumonia;
- trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar;
- insuficiência hepática;
- sangramento;
- "vazamento" de bile pela superfície do fígado que foi cortada;
- Reoperações podem ocorrer.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Complicações: As complicações cirúrgicas das hepatectomias são diretamente proporcionais ao tamanho da ressecção hepática, ou seja, da quantidade de parênquima retirado e a gravidade da doença de base, de maneira geral apresentam aproximadamente 4% de morbidade, sendo:

- Hemorragia da área cruenta hepática, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fístula biliar, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fratura de arcos costais, pela tração imposta pelo afastador que possibilita o manuseio hepático;
- Deiscência de ferida operatória, pela ampla incisão;
- Disfunção hepática transitória;
- Insuficiência Hepática;
- Infecção e abscesso por ser cirurgia de grande porte e potencialmente contaminada;
- Recidivas;
- Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral grave podendo levar a óbito.
- Formação de hérnia incisional no local do corte;
- Trombose venosa profunda;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**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 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.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HEPATECTOMIA**, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>	
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>	
Nome do médico _____	Assinatura _____ CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente
RG Nº	RG Nº
NOME	NOME

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**  
**2º Via do Médico**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) paciente \_\_\_\_\_, ou seu responsável \_\_\_\_\_, **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, o Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM/PR

sob o n.º \_\_\_\_\_ ou outro \_\_\_\_\_ credenciado pelo **Hospital Nossa Senhora do Pilar**, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento: **HEPATECTOMIA**, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o(a) referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9 da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico de **HEPATECTOMIA**, antes apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

**DEFINIÇÃO:** É a retirada cirúrgica de parte do fígado.

**INDICAÇÃO:** É realizada para tratamento de tumores primários de fígado e metástases hepáticas de outros tumores em casos selecionados (principalmente colo-retais e carcinoides).

### **CONTRAINDICAÇÕES MAIS COMUNS:**

- Função cardiopulmonar comprometida;
- Desnutrição severa;
- Função hepática comprometida;
- Invasão da bifurcação da veia porta ou trifurcação das veias hepáticas;
- Quantidade prevista de parênquima hepático restante < 1% do peso corporal.

**COMO É FEITA:** A cirurgia na maior parte das vezes é realizada por via aberta, através de uma incisão transversa na parte superior do abdome, acompanhando a curvatura formada pelas costelas. Após inspeção de todo o fígado e demais órgãos da cavidade abdominal é iniciada a cirurgia. Os vasos sanguíneos que chegam e deixam o fígado são isolados. Após o controle vascular, a parte do fígado comprometida é retirada. Pode-se diminuir a necessidade de hemotransfusão durante a ressecção hepática utilizando técnicas de exclusão vascular, hipotensão controlada, aspiração ultrassônica, coagulação com argônio. Ao final da cirurgia, um dreno é deixado próximo a superfície onde o fígado foi cortado, para monitorar sangramentos e vazamento de bile.

**RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA:** No período pós-operatório imediato o paciente deve ficar na UTI, para monitorização de sangramentos e função hepática. Quando estável, retorna para o quarto. Após a remoção cirúrgica de parte do fígado (em um fígado normal até 75% pode ser retirado), ele começa a se regenerar. A função volta ao normal em 6-8 semanas.

### **COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES:**

- pneumonia;
- trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar;
- insuficiência hepática;
- sangramento;
- "vazamento" de bile pela superfície do fígado que foi cortada;
- Reoperações podem ocorrer.

### **COMPLICAÇÕES:**

1. Complicações: As complicações cirúrgicas das hepatectomias são diretamente proporcionais ao tamanho da ressecção hepática, ou seja, da quantidade de parênquima retirado e a gravidade da doença de base, de maneira geral apresentam aproximadamente 4% de morbidade, sendo:

- Hemorragia da área cruenta hepática, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fístula biliar, necessitando de reoperação ou drenagem externa;
- Fratura de arcos costais, pela tração imposta pelo afastador que possibilita o manuseio hepático;
- Deiscência de ferida operatória, pela ampla incisão;
- Disfunção hepática transitória;
- Insuficiência Hepática;
- Infecção e abscesso por ser cirurgia de grande porte e potencialmente contaminada;
- Recidivas;
- Pulmonares – atelectasias, pneumonias e embolias, gerando insuficiência respiratória, em geral grave podendo levar a óbito.
- Formação de hérnia incisional no local do corte;
- Trombose venosa profunda;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**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 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.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **HEPATECTOMIA**, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico (a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existentes.

**Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.**

**Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.**

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Curitiba (PR), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

<b>Deve ser preenchido pelo médico assistente</b>		
<p>Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.</p>		
Nome do médico _____	Assinatura _____	CRM _____

<b>CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS</b>	
Assinatura do(a) paciente _____	Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____
RG N° _____	RG N° _____
NOME _____	NOME _____

**Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º.** O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a 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.

**Código de Ética Médica: Art. 22º** 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. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**OBS: Obrigatório rubricar todas as vias.**

**IMPORTANTE: Levar ao Hospital Pilar na data do Procedimento  
3º Via do Hospital**