



DR. DANIEL BRITTO
DR FELIPE MASSOTE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECORTICAÇÃO PULMONAR

CONSENTIMENTO INFORMADO:

POR ESTE INSTRUMENTO PARTICULAR OU SEU RESPONSÁVEL, SR.(A) DECLARA, PARA TODOS OS FINS LEGAIS, QUE DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO AO MÉDICO RESPONSÁVEL SUA EQUIPE, PARA EXECUTAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO DESIGNADO “DECORTICAÇÃO PULMONAR”, E TODOS OS PROCEDIMENTOS QUE O INCLUEM, INCLUSIVE ANESTESIA E OUTRAS CONDUTAS MÉDICAS QUE O TRATAMENTO POSSA REQUERER, PODENDO O REFERIDO PROFISSIONAL VALER-SE DO AUXÍLIO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. DECLARA, IGUALMENTE, QUE O REFERIDO MÉDICO, ATENDENDO AO DISPOSTO NO ART. 59 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E APÓS A APRESENTAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS, SUGERIU O TRATAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO ANTERIORMENTE CITADO, DANDO INFORMAÇÕES DETALHADAS SOBRE O DIAGNÓSTICO E SOBRE OS PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS NO TRATAMENTO SUGERIDO E AGORA AUTORIZADO.

DEFINIÇÃO: A CIRURGIA “DECORTICAÇÃO PULMONAR” CONSISTE NA RETIRADA DE TECIDO FIBROSO QUE ENVOLVE O PULMÃO IMPEDINDO A SUA EXPANSÃO. A CAUSA MAIS COMUM É O EMPIEMA PLEURAL (PUS NA PLEURA), BEM COMO EVENTUALMENTE A NECESSIDADE DE COLOCAÇÃO DE NOVO DRENO TORÁCICO EM POSIÇÃO MAIS ADEQUADA, REALIZADA EM REGIME HOSPITALAR, ANESTESIA GERAL E INTERNAÇÃO DE 24 HORAS PODENDO HAVER PROLONGAÇÃO NO TEMPO DE INTERNAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS. CID J 90

COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS RELACIONADAS A ESTA CIRURGIA:

1. SANGRAMENTO
2. INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA
3. NOVA INFECÇÃO
4. AUSÊNCIA DE EXPANSÃO PULMONAR
5. NECESSIDADE DE REINTERVENÇÃO
6. SEPSIS
7. PARAPLEGIA
8. LESÃO DE ESÔFAGO
9. LESÃO DE DIAFRAGMA
10. FÍSTULA PLEURAL
11. ÓBITO
12. DOR CAUSADA PELA CIRURGIA;
13. POSSIBILIDADE DE CICATRIZ COM FORMAÇÃO DE QUELÓIDE (CICATRIZ HIPERTRÓFICA-GROSSEIRA).
14. PROBLEMAS RELACIONADOS A ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E À ANESTESIA;

DECLARA, AINDA, TER LIDO AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PRESENTE INSTRUMENTO, AS QUAIS ENTENDEU PERFEITAMENTE E ACEITOU, COMPROMISSANDO-SE RESPEITAR INTEGRALMENTE AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS PELO MÉDICO, ESTANDO CIENTE DE QUE SUA NÃO OBSERVÂNCIA PODERÁ ACARREJAR RISCOS E EFEITOS COLATERAIS A SI (OU AO PACIENTE).

DECLARA, IGUALMENTE, ESTAR CIENTE DE QUE COM O TRATAMENTO ADOTADO NÃO HÁ GARANTIA DE CURA, E QUE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA E DO TRATAMENTO PODEM OBRIGAR O MÉDICO A MODIFICAR AS CONDUTAS INICIALMENTE PROPOSTAS, SENDO QUE, NESTE CASO, FICA O MESMO AUTORIZADO, DESDE JÁ, A TOMAR PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA TENTAR A SOLUÇÃO DOS PROBLEMAS SURTIDOS, 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 AS VANTAGENS, OS RISCOS E COMPLICAÇÕES MAIS COMUNS DESTA PROCEDIMENTO, EXPRESSA SEU PLENO CONSENTIMENTO PARA A SUA REALIZAÇÃO.

MÉDICO RESPONSÁVEL

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA