O ERRO MÉDICO SOB A ÓTICA CIVIL, PENAL E ÉTICA

Túlio Fonseca Chebli

TÚLIO FONSECA CHEBLI

Médico formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Bacharel em Direito pela Fundação D. André Arcoverde; Pós-graduado em Medicina do Trabalho pela Fundação Oswaldo Aranha; Pós-graduado em Administração Hospitalar pela Universidade do Rio de Janeiro; Tenente Coronel Médico QEMA do Exército Brasileiro;
Cursos Militares: Escola de Saúde do Exército; Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais; Escola de Comando e Estado-Maior do Exército.
Função Atual: Comandante do Curso de Saúde da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais do Exército Brasileiro.
Livros do Autor: “Da Metapsíquica à Parapsicologia”; “Metamorphose – Poesias e Crônicas”; “O Erro Médico Sob a Ótica Civil, Penal e Ética”

e-mail: tuliochebli@bol.com.br

NOTA DO AUTOR[1]

"Só há uma classe de homens que não erra: a que nada constrói."

É objetivo deste despretensioso e singelo trabalho fornecer ao nobre colega médico[2] alguns importantes subsídios para um melhor entendimento do que seja a responsabilidade penal, civil e ética dos médicos, do chamado erro médico, do dolo, da culpa *in stricto sensu,* do consentimento pós-informado, do segredo médico, da sistemática jurídico-processual que envolve os processos por erro médico, dentre outros aspectos por nós julgados relevantes.

Procuramos também apresentar os erros mais freqüentes, nos quais pode incorrer o médico, bem como a profilaxia dos mesmos.

Ao final, tecemos breves considerações sobre a participação deletéria de alguns segmentos da mídia, compromissados com interesses outros, na desintegração da honorabilidade do ato médico e do respeito mútuo que deve nortear a relação médico-paciente, condição essencial para o êxito terapêutico.

Anexos ao presente trabalho estão alguns modelos de Termos de Consentimento Pós-Informado, Resoluções do CFM, Leis de interesse à classe médica, dentre outros.

Túlio Fonseca Chebli

---

[1] Nota preliminar ao texto do livro escrito pelo Dr. Túlio.

[2] O termo engloba os demais profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

"***Se um médico abriu um tumor, ou tratou com faca uma ferida grave, ou curou um olho doente, receberá dez siclos de prata se o paciente for um homem livre, cinco siclos se for um descendente de plebeus, dois siclos se for um escravo. Se um médico abriu um tumor, ou tratou com faca uma ferida grave, e isso causou a morte da pessoa; se o médico fez o paciente perder o olho, então suas mãos serão cortadas, se se tratar de um homem livre. Se se tratar do escravo de um plebeu, ele deverá fornecer outro escravo." (Código de Hamurabi, Mesopotâmia, 1700 a.C.)***

A citação judicial de um médico por erro profissional, certamente, repercute de forma contundente em sua esfera psíquica, podendo levá-lo a severos quadros depressivos, dos quais podem resultar até mesmo agravos no plano físico.

É notório que boa parte das denúncias contra médicos são aparentemente gratuitas, ou seja, decorrentes de situações nas quais não transparece da relação médico-paciente nenhuma censura à correção técnica dos procedimentos realizados, não sendo sequer argüidas lesões resultantes do tratamento instituído.

Nos Estados Unidos, cerca de 1% dos pacientes hospitalizados manifestam lesões significativas, conseqüentes a condutas médicas negligentes, imperitas ou imprudentes. Contudo, embora as ações indenizatórias sejam práticas rotineiras naquele país, menos de 3% desses pacientes seqüelados ingressam com ações judiciais contra os seus médicos. Tal conjuntura nos direciona à seguinte conclusão: se os atos negligentes não são a principal causa de processos movidos contra médicos, é mister que se atribua à falha na comunicação entre médico e paciente a gênese dessas ações judiciais.

Dentre as inúmeras causas de erros de comunicação entre médicos e pacientes, selecionamos as que se seguem: abandono do paciente, desvalorização das opiniões dos pacientes (médico com ar de superioridade ou ironia diante do doente), indevida atenção ao doente durante a consulta (médico apressado, inquieto, que não examina detidamente o seu paciente, que não o cumprimenta ao início da consulta), fornecimento de informações de maneira inadequada ao paciente, insucesso no entendimento das perspectivas dos pacientes (ou estímulo à criação

de expectativas ilusórias ou demasiadamente otimistas pelos pacientes), falta de discussão com o paciente acerca dos riscos e benefícios de diferentes abordagens terapêuticas, exagerada preocupação demonstrada pelo médico com aspectos de natureza pecuniária e manifestações de depreciação ou menosprezo por atos médicos praticados por outros colegas (ainda que de forma velada).

Do que vai acima exposto, pode-se inferir que o relacionamento humanista entre o médico e seu paciente e a alta qualidade técnica dos serviços prestados são a melhor profilaxia contra as ações civis e/ou penais interpostas por pacientes insatisfeitos com seus médicos. Tal assertiva é igualmente válida para todo o pessoal envolvido na atenção à saúde em âmbito hospitalar, desde o auxiliar de enfermagem ao diretor do nosocômio.

A responsabilidade dos profissionais de saúde (médicos, dentistas, veterinários, enfermeiros, entre outros) pode ser aquilatada em três campos distintos, embora interrelacionados, podendo influenciar-se mutuamente.

Temos, portanto, a apuração ético-administrativa, realizada pelos conselhos de ética e demais órgãos fiscalizadores e regulamentadores da atividade técnico-profissional. A análise de tais infrações, salvo raras exceções, ordinariamente não sofre ingerência do judiciário. Todavia, necessário é que recordemos que algumas infrações éticas podem configurar-se em ilícitos civis ou penais.

A apuração da responsabilidade civil, no âmbito judiciário, objetiva a verificação de culpa e a reparação de um dano físico ou psicológico, material ou moral, suportado pelo paciente e imputado ao profissional.

No ápice dessa pirâmide encontra-se a responsabilidade penal ou criminal, considerada a mais grave e a que maiores conseqüências podem trazer para o profissional de saúde. Uma vez apurada pelo judiciário, a responsabilidade penal pode resultar em condenação do acusado, com pesados efeitos jurídicos, quais sejam: reclusão, detenção, multa, prestação de serviços à comunidade, interdição de direitos, limitação de finais de semana ou imposição de medidas de segurança.

A seguir, são apresentados alguns modelos de termos de consentimento, que poderão ser adaptados a quaisquer outras modalidades de procedimentos médicos.

Ao final, disponibilizamos ao prezado colega uma palestra sobre a temática em epígrafe, na qual o autor analisa a responsabilidade dos profissionais de saúde sob o patrocínio da boa técnica médica, sob a ótica do ordenamento jurídico pátrio e à luz dos seculares princípios deontológicos que devem nortear todos os atos médicos.

Atenciosamente,

Túlio Fonseca Chebli

MODELOS DE TERMOS DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO
PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA HUMANA POR LAQUEADURA TUBÁRIA/SALPINGOTRIPSIA OU VASECTOMIA

PACIENTE
Nome: .....
Idade:..... Estado Civil: .....
Naturalidade: ....
Nacionalidade: ....
Identidade: ..... CPF: .....
Profissão: .....
Endereço: .....
Telefone: ....
Endereço eletrônico: .....
Número de Filhos vivos:.....
Nome e Idade dos Filhos:
1) .....
2) .....
3) .....
4) .....
5) .....

Nome do Cônjuge/Companheiro: .....
Identidade:..... CPF: .....
Telefone: .....

(Nome do Paciente), acima qualificado(a), vem, pelo presente Termo de Consentimento e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, Dr. (Nome do

Médico), que o(a) submeta ao procedimento cirúrgico de (nome do procedimento cirúrgico).

Aduz ainda (o)a solicitante que seu cônjuge (companheiro(a)), abaixo assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão e de todas as conseqüências da mesma.

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, conforme a seguir explicitado:

1) Que as cirurgias de esterilização humana são procedimentos definitivos e irreversíveis, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou dos canais deferentes, com o objetivo de se impedir a fecundação do óvulo;

2) Que lhe foram apresentadas às várias formas de abordagem cirúrgica para a realização da laqueadura tubária, a saber: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal e pós-cesárea;

3) Que essas técnicas cirúrgicas exigem anestesia, a qual será avaliada pelo Serviço de Anestesiologia;

4) Que foram disponibilizadas à outorgantes informações sobre todos os outros métodos contraceptivos usualmente utilizados, tais como os Métodos de Barreira, Anticoncepção Hormonal, Contracepção Intra-uterina e Métodos Naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra indicações e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;

5) Que um futuro arrependimento da outorgante não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do cônjuge ou de filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida neste caso;

6) Que a ligadura tubária/vasectomia, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, **não possui 100% de eficácia**, estando sujeita a um percentual

de insucesso de aproximadamente 0,5% (possibilidade de gravidez ou recanalização dos ductos deferentes);

7) Que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à ligadura tubária;

8) Que está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à cirurgia de ligadura tubária está também sujeita a sofrer complicações e idiossincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, parada cardio-respiratória, dentre outras;

9) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foram detalhadamente explicada por seu médico;

10) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

11) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício da paciente;

12) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

13) Que, estando a paciente de posse do presente termo, lhe foram concedidos 60 (sessenta) dias para discutir com seu cônjuge acerca da conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;

14) Que lhe foi esclarecido ser do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.

Consoante ao que vai acima exposto, declara estar plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas e

perfeitamente inteirado(a) do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de laqueadura tubária/vasectomia.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de laqueadura tubária/vasectomia, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu cônjuge/companheiro e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data:.....

Paciente:.....

Cônjuge ou Companheiro:.....

Testemunhas:.....

.....

Médico Responsável:.....

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi o presente Termo de Consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para a realização da laqueadura tubária/vasectomia.

Paciente: .....

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e data: .....

Paciente: .....

DOCUMENTOS ANEXOS

1) Cópia Xerográfica da Certidão de Casamento
2) Cópia Xerográfica da Carteira de Identidade
3) Cópias Xerográficas das Certidões de Nascimento dos filhos

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu cônjuge e por 02 (duas) testemunhas.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE
Nome: ....
Idade: ..... Estado Civil: .....
Naturalidade: ..... Nacionalidade: .....
Identidade: ..... CPF: .....
Profissão: .....
Endereço: .....
Telefone: .....
Endereço eletrônico: .....
Responsável (se menor): .....

(Nome do(a) Paciente), acima qualificado(a), vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Cirurgia e por sua livre e espontânea vontade, autorizar ao seu médico, Dr. (Nome do Médico), CRM nº _____ a realizar em sua pessoa o procedimento cirúrgico denominado (nome do procedimento cirúrgico) ao qual deverá submeter-se em (data da cirurgia).

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que lhe foram detalhadamente explicadas por seu médico a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do aludido procedimento cirúrgico;

2) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

3) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações e idiossincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, parada cardio-respiratória, dentre outras;

4) Que foi também esclarecido(a) acerca de outras intercorrências e seqüelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como acúmulo de líquidos, sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; aparecimento de manchas hipo ou hipercrômicas e inchação na região operada; necrose da pele por redução da irrigação sangüínea; alterações da sensibilidade na região operada; paralisias em graus diversos, provocada por lesões de ramos nervosos; cicatrizes queloideanas;

5) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foi detalhadamente explicada por seu médico;

6) Que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

7) Que em virtude do acima exposto poderá ser imperativa a utilização de monitorização invasiva, sobre a qual já foi o paciente suficientemente esclarecido (a);

8) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais. Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou veicular doenças;

9) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

10) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

11) Que, nos casos acima referidos eventualmente poderá ser necessária uma nova intervenção cirúrgica, pela qual não serão cobrados honorários médicos;

12) Que no caso de cirurgias reparadoras poderão ser necessários vários tempos cirúrgicos para a obtenção do êxito terapêutico esperado;

13) Que não deverá ingerir alimentos ou líquidos, inclusive água, após as 22:00 h (dez horas da noite) do dia anterior ao do ato cirúrgico;

14) Que deverá informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com os anestésicos ou trazer complicações operatórias e pós-operatórias;

15) Que com tais explicações e esclarecimentos está plenamente satisfeito(a), tendo compreendido e aceitado se submeter ao tratamento médico-cirúrgico proposto;

16) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique sua decisão ao seu médico e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento cirúrgico acima descrito, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu responsável legal (no caso de menor) e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data: .....

Paciente: .....

Responsável Legal (se menor):.....

Testemunhas: .....

.....

Médico Responsável: .....

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e data: .....

Paciente: .....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu responsável legal (se menor) e por 02 (duas) testemunhas.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ANESTESIA

PACIENTE
Nome: ....
Idade: ..... Estado Civil: .....
Naturalidade: ..... Nacionalidade: .....
Identidade: ..... CPF: .....
Profissão: .....
Endereço: .....
Telefone: .....
Endereço eletrônico: .....
Responsável (se menor): .....

(Nome do Paciente), acima qualificado(a), vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Anestesia e por sua livre e espontânea vontade, autorizar ao seu médico anestesista, Dr. (Nome do Médico), a realizar em sua pessoa o procedimento anestésico denominado (nome do procedimento anestésico), por ocasião da cirurgia de (nome do procedimento cirúrgico) a que deverá se submeter em (data da cirurgia).

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento anestésico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que não deverá ingerir alimentos ou líquidos, inclusive água, após as 22:00 h (dez horas da noite) do dia anterior ao do ato cirúrgico;

2) Que deverá informar ao seu anestesista todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com

os anestésicos ou trazer complicações operatórias e pós-operatórias;

3) Que da anestesia poderá resultar dor de garganta, dor de cabeça, dor muscular, dor na coluna, náuseas, vômitos, complicações oftalmológicas, dentre outras;

4) Que a instrumentação na cavidade oral, como a realização de laringoscopia para a passagem de tubos ventilatórios, pode eventualmente produzir lesões gengivais e/ou nos lábios, fraturas ou perdas de elementos dentários e/ou de próteses odontológicas;

5) Que, dentre os riscos potenciais da anestesia, embora raras, estão incluídas as alterações da pressão arterial, cardíacas ou metabólicas, associadas ou não a lesões cerebrais por hipóxia, paralisias ou morte;

1) Que essas complicações algumas vezes decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

2) Que em virtude do acima exposto poderá ser imperativa a utilização de monitorização invasiva, sobre a qual já foi o paciente suficientemente esclarecido;

3) Que em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais. Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou veicular doenças;

4) Que, devido a intercorrências clínicas ou cirúrgicas surgidas no ato operatório, poderá ser necessária a utilização de procedimento anestésico diferente do descrito neste termo, bem como de condutas médicas emergenciais, sempre com o objetivo de preservar a vida e a saúde do paciente; e.

5) Que obteve, na consulta pré-anestésica, informações detalhadas sobre o tipo de anestesia que se dispõe a receber, incluindo seus riscos e benefícios.

6) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique sua decisão ao seu médico anestesista e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento anestésico acima descrito, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu responsável legal (no caso de menor) e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data: .....

Paciente: .....

Responsável Legal (se menor):.....

Testemunhas: .....

.....

Médico Responsável: .....

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e data: .....

Paciente: .....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu responsável legal (se menor) e por 02 (duas) testemunhas.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE ILEOCOLONOSCOPIA

PACIENTE
Nome: ....
Idade: ..... Estado Civil: .....
Naturalidade: ..... Nacionalidade: .....
Identidade: ..... CPF: .....
Profissão: .....
Endereço: .....
Telefone: .....
Endereço eletrônico: .....
Responsável (se menor): .....

(Nome do Paciente), acima qualificado(a), vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Ileocolonoscopia e por sua livre e espontânea vontade, autorizar o Dr. (Nome do Médico), a realizar em sua pessoa o procedimento denominado (nome do procedimento).

Declara, ainda, estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento diagnóstico/terapêutico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que a ileocolonoscopia é um exame realizado com um aparelho flexível, introduzido por via retal (pelo ânus) após aplicação de anestésico local (geléia anestésica), sedação e analgesia venosa (normalmente Midazolam e Meperidina);

2) Que o exame possibilita a visualização de todo o intestino grosso e a parte final do intestino delgado (íleo);

3) Que, caso seja necessário, poderão ser retirados fragmentos de tumores ou outros tecidos para biópsia;

4) Que, em caso de necessidade, poderão ser realizados procedimentos para a remoção de pólipos ou para a parada de sangramentos;

5) Que dentre as complicações potenciais da ileocolonoscopia estão incluídas a dor perineal, leve dor abdominal após o exame, equimose, hematoma ou abscesso no local de injeções. São complicações mais graves, embora raras, as hemorragias e as perfurações do intestino;

6) Que, em caso de complicação grave, poderá ser necessária uma intervenção cirúrgica para a correção do problema. Que nesta operação poderá ser necessário se fazer retirada de parte do intestino ou outros procedimentos correlacionados. Que em alguns destes casos, para se aumentar a segurança no pós-operatório, poderá ser indicada uma colostomia provisória (abertura do intestino grosso para o exterior, através da parede abdominal).

7) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do esperado.

8) Que deverá seguir rigorosamente as orientações referentes à dieta e ao uso dos medicamentos laxativos, para limpeza do intestino grosso, durante os três dias que antecedem o exame.

9) Que deverá informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com outras drogas utilizadas para sedação e analgesia do paciente durante o exame.

10) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique

sua decisão ao seu médico e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento acima descrito, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu responsável legal (no caso de menor) e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data: .....

Paciente: .....

Responsável Legal (se menor):.....

Testemunhas: .....

.....

Médico Responsável: .....

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e data: .....

Paciente: .....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu responsável legal (se menor) e por 02 (duas) testemunhas.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA HISTEROSCÓPICA

PACIENTE
Nome: ....
Idade: ..... Estado Civil: .....
Naturalidade: ..... Nacionalidade: .....
Identidade: ..... CPF: .....
Profissão: .....
Endereço: .....
Telefone: .....
Endereço eletrônico: .....
Responsável (se menor): .....

(Nome da Paciente), acima qualificada, vem, pelo presente Termo de Consentimento para Realização de Cirurgia Histeroscópica e por sua livre e espontânea vontade, autorizar o Dr. (Nome do Médico), a realizar em sua pessoa o procedimento denominado (nome do procedimento).

Declara, ainda, estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento diagnóstico/terapêutico, tendo recebido de seu médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias, conforme a seguir explicita:

1) Que o procedimento histeroscópico cirúrgico é realizado após anestesia peridural, mediante a introdução, por via vaginal, de um instrumento ótico semelhante a um telescópio, denominado histeroscópio.

2) Que o aludido equipamento, após a dilatação do colo do útero, é inserido na cavidade uterina, possibilitando a sua visualização direta.

3) Que a cavidade uterina deverá ser ampliada (distendida) a partir do seu preenchimento com uma solução para isto destinada.

4) Que, por intermédio do histeroscópio, será introduzido no útero um pequeno instrumento cirúrgico, o ressectoscópio, que possibilitará a realização do ato cirúrgico proposto.

5) Que deverão ser obtidas imagens da cavidade uterina (vídeos e fotografias) e dos procedimentos realizados, com o objetivo de documentar os atos médicos.

6) Que a histeroscopia cirúrgica possibilita a remoção de pólipos e miomas, a ablação endometrial, a lise (ruptura) de sinéquias (aderências cicatriciais), a ressecção (retirada) de septo uterino, a cateterização tubária e o controle e a retirada do DIU (dispositivo intra-uterino.

7) Que nos casos de miomas uterinos intramurais poderá ser necessária uma segunda intervenção para a remoção de resíduos do tumor.

8) Que na ablação endometrial há um percentual de insucesso de aproximadamente 15%. Neste caso, poderá haver reaparecimento do sangramento uterino anormal.

9) Que, caso seja necessário, poderão ser retirados fragmentos de tumores ou outros tecidos para biópsia.

10) Que para obtenção de um melhor resultado no caso de miomectomia (retirada de mioma) e ablação endometrial, é necessário um tratamento prévio, que tem uma duração de 8 a 12 semanas, com a utilização de GNRH.

11) Que a histeroscopia, embora seja um procedimento bastante seguro, poderá apresentar complicações as vezes graves, como perfuração do útero, da bexiga ou de alças intestinais.

12) Que, em caso de complicação grave, poderá ser necessária uma intervenção cirúrgica para a correção do problema. Que nesta operação poderá ser necessário se fazer retirada do útero, de parte do intestino ou outros procedimentos correlacionados. Que em alguns destes

casos, para se aumentar a segurança no pós-operatório, poderá ser indicada uma colostomia provisória (abertura do intestino grosso para o exterior, através da parede abdominal).

13) Que as infecções, embora pouco freqüentes, podem ocorrer.

14) Que a embolia gasosa e a intoxicação hídrica (over load) poderão ocorrer. Esta última complicação é consequente à excessiva passagem da solução usada para dilatar o útero para a corrente sangüínea.

15) Nestes casos, a paciente deverá permanecer hospitalizada por um maior período.

16) Que depois da cirurgia histeroscópica a paciente deverá permanecer em repouso por 24 horas. Que a partir de 48 horas poderão ser realizadas atividades laborativas leves e, após sete dias, o trabalho normal poderá ser retomado.

17) Que deverá informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com outras drogas utilizadas para sedação e analgesia do paciente durante o exame.

18) Que deverá retornar imediatamente ao médico caso perceba qualquer alteração.

19) Que deverá seguir rigorosamente as orientações referentes ao uso dos medicamentos durante o período anterior a realização do exame, bem como aquelas referentes ao período posterior ao exame.

20) Que poderá revogar o presente consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique sua decisão ao seu médico e assine o Termo de Revogação, abaixo transcrito.

A paciente declara que leu e entendeu todo o conteúdo do presente termo, que recebeu todas as informações que desejava obter de seu médico, que lhe foi concedida oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter ao procedimento acima descrito, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu responsável legal (no caso de menor) e por mais 02 (duas) testemunhas.

Local e data: .....

Paciente: .....

Responsável Legal (se menor):.....

Testemunhas: .....

.....

Médico Responsável: .....

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e data: .....

Paciente: .....

Nota: Todas as folhas do presente documento deverão ser assinadas pelo paciente, por seu responsável legal (se menor) e por 02 (duas) testemunhas.