



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do(s) procedimento cirúrgico designado **“AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO”**.

- **Definição:** amputação abdominoperineal do reto é uma cirurgia que consiste na remoção do reto e do canal anal. Nela o ânus é fechado completamente e permanentemente e uma colostomia (estoma) é formada para que se possa esvaziar o intestino.

É indicada para o tratamento do câncer retal e anal.

- **Principais Complicações:** lesões ureterais, vesicais e uretrais no trans-operatório, disfunção urinária, infecção urinária, impotência sexual, ejaculação retrógrada, infertilidade, sangue menstrual retido, colpíte, dispareunia (dor na relação sexual), hemorragia abdominal e perineal, podendo necessitar de hemotransfusão, infecção tanto da ferida perineal quanto da abdominal, abscesso, obstrução intestinal, tempo prolongado de cicatrização da ferida operatória, fistula perineal, hérnia perineal, sensações de dor fantasma perineais, dor perineal crônica; além das complicações relacionadas com o estoma (colostomia), entre elas, retração, estenose, prolapso, hérnia e dermatite periestomal e complicações sistêmicas (trombose venosa profunda, embolia pulmonar).

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO**

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____