



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)
COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL**

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 “**COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL**”.

- **Definição:** Colectomia consiste na remoção cirúrgica de parte ou de todo cólon e os gânglios linfáticos próximos.

Suas principais indicações são: **Doença diverticular sintomática** (dor/ crises suboclusivas) ou pelo menos 02 ataques de diverticulite depois dos 50 anos; **Casos de urgência** – sangramento, obstrução ou infecção severa e **Câncer de Cólon** (presença de tumoração em alguma parte do cólon, sendo o mais comum o adenocarcinoma).

Cirurgias que podem ser realizadas: Colectomias parciais ou totais (retirada parcial ou total do intestino grosso) conforme a localização da doença.

Em alguns casos, existe a necessidade de deixar ostomias (bolsa de colostomia).

Vias de acesso: via aberta (incisão mediana) ou por acesso laparoscópico.

- **Principais Complicações:** Sangramentos pós-operatórios, infecções, fístulas nas anastomoses que podem exigir reoperações e estomas (bolsas de colostomias), recidiva dos tumores no intestino ou no fígado e pulmões, complicações sistêmicas (pneumonias e embolias, trombose venosa profunda), risco de óbito por ser cirurgia de grande porte e potencialmente contaminada.

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)**

COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL

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 contactar 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: _____