



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”

DRENAGEM DE TÓRAX

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento “**DRENAGEM DE TÓRAX**”

Definição: A drenagem pleural é definida como um procedimento cirúrgico para introdução de um dreno (tubo) através de parede torácica na cavidade pleural (pequena camada de tecido fino que reveste os pulmões (pleura visceral) e a parede interna do tórax (pleura parietal). O espaço pleural em condições normais é um espaço virtual, sendo a drenagem pleural indicada nos casos em que este espaço estiver ocupado por líquido, ar ou ambos.

Possíveis riscos: Apesar de pouco frequentes, podem ocorrer complicações como pneumotórax (entrada de ar entre as pleuras), hemotórax (entrada de sangue entre as pleuras), perda do dreno, infecção.

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, 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.

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.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”

DRENAGEM DE TÓRAX

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

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 (grau de parentesco):

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA

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”

DRENAGEM DE TÓRAX

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

CONSENTIMENTO INFORMADO NÃO OBTIDO – SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data: _____ Hora: _____

Devido ao quadro clínico do paciente, emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração dos parâmetros vitais, não houve possibilidade de fornecer informações necessárias ao paciente ou seu responsável para obtenção deste Consentimento Informado. Frente ao exposto, baseado no melhor julgamento clínico, foi executado e registrado em prontuário os procedimentos necessários e adequados para melhores práticas médicas, visando um desfecho clínico favorável do paciente em questão.

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____