

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE BERA COM SEDAÇÃO

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações) relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital São José de Criciúma, SC. Ressalta ainda que, caso paciente seja criança, adolescentes menores de 18 anos, portadores de doenças físicas ou mentais que comprometam o entendimento, pessoas inconscientes ou severamente debilitadas, a responsabilidade de autorização será do pai ou mãe ou responsável legal.

Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 59 do Código de Ética Médica e no art. 9 da Lei 8.078/90 – abaixo transcritos – e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico a seguir citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente os que se seguem.

Dados do Paciente	
Nome do Paciente:	Data de Nascimento: ___/___/___
Nome da Mãe:	
CPF:	
Endereço:	

Identificação do Responsável	
<small>(No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).</small>	
Nome do Responsável:	
CPF:	
Endereço:	

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O procedimento BERA (potencial evocado auditivo de tronco encefálico) é um exame indolor, não invasivo empregado para avaliar a audição. Possui o objetivo de avaliar a integridade funcional do nervo auditivo e determinar se há ou não um distúrbio na audição e seu grau. É realizado sob sedação com acompanhamento de médico anestesiológico. Assim é necessário jejum absoluto de 8 horas, sendo de extrema importância que o tempo de jejum seja cumprido rigorosamente. A sedação é necessária para induzir o sono e, dessa forma, impedir movimentos que interferem na resposta elétrica e conseqüentemente no resultado. Os medicamentos utilizados para a sedação são eliminados rapidamente e o paciente acorda em seguida ao término do procedimento.

INTERCORRÊNCIAS POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO

O BERA é um procedimento seguro e as complicações estão relacionadas à sedação, sendo as mais comuns:

1. Inflamação no local da aplicação de medicamento;
2. Náuseas, vômitos;
3. Sonolência, agitação e aspiração de conteúdo do estômago;
4. A sedação poderá provocar depressão respiratória e eventos graves como parada cardíaca e óbito são raros;
5. Outra (s): _____

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA A SAÚDE

A portaria nº 2.616 de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programas de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS *Nacional Nosocomial Infections Surveillance* – Vigilância Nacional de Infecção, órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgia Limpas

2%, Cirurgias Potencialmente Contaminadas 10%, Cirurgias Contaminadas 20%, Cirurgias Infectadas

40%. Mesmo tomando todas as medidas possíveis para prevenção esse risco existe e deve ser considerado.

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
2. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis.
3. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, poderá ser necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativas.
4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
5. O procedimento poderá ser cancelado se o paciente não apresentar condições clínicas para realizar o procedimento anestésico.
6. Confirmando que recebi explicações, as quais foram esclarecidas de forma transparente e precisa, li, compreendo e concordo com tudo que me foi explicado e que me foi concedida a oportunidade de livremente e com autonomia anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Diante de todas as informações supracitadas, caso o procedimento venha ter alguma complicação que precise ser tomada medidas emergenciais como: risco iminente de morte, é de livre consentimento e autorização que a equipe médica assumo com as medidas cabíveis para sobrevivência do paciente.

() Sim () Não

Nome do Paciente e/ou Responsável: _____

Nome/Assinatura do médico: _____ CRM: _____

Criciúma, ____ de _____ de _____.