



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
PARA COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL**

NOME: \_\_\_\_\_  
DATA NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ UNIDADE: \_\_\_\_\_  
LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
CONVÊNIO: \_\_\_\_\_ ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

Por este instrumento particular o(a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável, Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**COLECTOMIA PARCIAL OU TOTAL**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) prestando as informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DIAGNÓSTICO E INDICAÇÕES: DOENÇA DIVERTICULAR DO COLON:** Presença de divertículos no intestino grosso, localizada mais frequentemente do lado esquerdo do intestino grosso (Cólon Sigmóide), mas pode atingir o cólon. Indicações cirúrgicas na doença diverticular:

- A) Intratabilidade clínica: impossibilidade de conviver com a doença devido à dor ou crises suboclusivas;
- B) Pelo menos dois ataques de diverticulite depois dos cinquenta anos.
- C) Casos de urgência – sangramento, obstrução ou infecção severa.

**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: por incisão mediana ou pelo acesso laparoscópico.

**COMPLICAÇÕES:**

1. Sangramentos pós-operatórios, infecções graves, que podem exigir reoperações.
2. Fístulas nas anastomoses, que podem exigir reoperações e estomas (bolsas de colostomias).
3. Recidiva dos tumores no intestino ou no fígado e pulmões. Colectomia Parcial ou Total .
4. Pulmonares: atelectasias, pneumonias e embolias, que levam a insuficiência respiratória, em geral, grave, podendo levar a óbito.
5. Trombose venosa profunda.
6. Por ser cirurgia de grande porte, potencialmente contaminada, tem risco de óbito durante ou após a cirurgia.
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira). A cirurgia do câncer exige seguimento rigoroso no pós-operatório, principalmente nos primeiros cinco anos da cirurgia. No caso de doença diverticular podem ocorrer estenoses nas anastomoses exigindo dilatações ou reoperações. Nos casos de ressecções parciais do colon, poderão ocorrer novas crises de diverticulite no colon remanescente, podendo ocorrer a necessidade de reoperações. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira)
8. Sangramento com necessidade de transfusão.

CBHPM – 3.10.03.16-8

CID: C18.0/C18.1/C18.2/C18.3/C18.4/C18.5/C18.6/C18.7/C18.8/C18.9/C19/C20/K50.0/K50.1/K50.8/  
K50.9/K51.0/K51.1/K51.2/K51.3/K51.4/K51.5/K51.8/K51.9/K55.0/K55.1/K55.2/K55.8/K55.9/

K57.2/K57.3/K57.4/K57.5 /K57.8/K57.

**Infecção hospitalar:** A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa 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 Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas – 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas – 10%, Cirurgias contaminadas – 20%, Cirurgias Infectadas – 40%.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

**Código de Ética Médica – Art. 22** - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34** - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Fortaleza - CE \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) paciente e/ou responsável

RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) médico(a)

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_