

CONSENTIMENTO INFORMADO

DRENAGEM PLEURAL

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____, declaro estar devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a CIRURGIA DE DRENAGEM PLEURAL.

Definição: é a inserção de forma asséptica de um cateter (tubo) torácico no espaço pleural e sua conexão a um sistema de drenagem.

Indicação: Pneumotórax (presença de ar dentro do espaço pleural), hemotórax (presença de sangue dentro do espaço pleural) e fístula brônquio pleural.

Complicações: Hemorragia, enfisema subcutâneo, perda do dreno, infecção local, infecção do espaço pleural e infecção sistêmica, podendo levar a choque séptico, disfunção de múltiplos órgãos e morte.

Declaro ter recebido do médico: _____,
CRM-MG: _____, todas as explicações necessárias e claras quanto à metodologia, riscos, benefícios e alternativas dos procedimentos, exames ou tratamentos listados acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Tive acesso ao texto, na íntegra, dos Termos de Consentimento específicos, demonstrados pelo médico abaixo.

Declaro também estar devidamente informado dos riscos presentes aos referidos atos, bem como do surgimento de complicações inerentes ao quadro, especialmente _____

_____.

Declaro que entendi adequadamente todas as informações recebidas. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, e que o médico tem responsabilidade de meios e não de fins. Se, durante o procedimento, o médico assistente tomar conhecimento de condições que, até

o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar as referidas condições.

Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado (a) do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu **CONSENTIMENTO** para a realização dos procedimentos destacados acima, por indicação do profissional referido e extensivo à sua equipe.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento