



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

**Termo de Consentimento Livre
e Esclarecido para realização de
Procedimento de Amputação de Membros**

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: _____

Passagem: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

1. Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnósticas: _____.

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido, a realização de _____ como forma de tratamento do _____.

O procedimento planejado foi a mim explicado pela equipe médica. Como consequência deste procedimento tem-se:

3. Membro e Nível Anatômico do membro a ser amputado: _____.

4. Após a realização de exames e cuidadosas avaliações fui informado da necessidade e indicação do procedimento cirúrgico para amputação do Membro e Nível Anatômico (altura) do membro a ser amputado:

5. Estou ciente que, durante o procedimento, o médico responsável poderá alterar o Nível Anatômico (altura) do membro do membro a ser amputado, conforme a necessidade, dependendo do grau e extensão da lesão, visando o melhor e mais adequado tratamento.

6. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios e às possibilidades de ter os resultados esperados. Entendi que a não realização do procedimento, a depender de sua indicação, pode induzir aumento da invasão ou disseminação do tumor, infecção generalizada decorrente de infecção em membro sem correta circulação sanguínea e outras complicações potencialmente fatais. Também recebi todas as explicações quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação, que dependendo do nível da amputação as próteses podem ser de difícil uso ou não funcionais e só podem ser usadas após cicatrização plena dos tecidos superficiais e profundos incisados.

7. Fui informado que esta é a última alternativa de tratamento para mitigar as consequências de minha doença primária, quando outras opções (como quimioterapia, ressecção somente do tumor, revascularização etc) são inseguras, impossíveis de serem realizadas por condições técnicas ou foram inefetivas.

8. Fui informado que as complicações associadas às amputações, em geral, decorrem do acometimento pela própria doença que motivou a amputação em outros sítios vasculares. Assim, estou ciente de que abaixo são listadas somente as complicações mais frequentes deste procedimento e que outras mais raras não serão elencadas:

- Revisão não planejada: 28% ^[1]
- Readmissão hospitalar em 30 dias: 22%^[1]
- Complicações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca e infarto: 10,2% ^[2]
- Mortalidade em 30 dias: 8,6% ^[2]
- Pneumonia: 4,5% ^[2]
- Insuficiência renal: 0,6 a 2,6% ^[2, 3]
- Infecção da ferida operatória em 5,5% e hemorragia ou hematoma no coto de amputação em 1,3% ^[2]

9. Tenho ciência de que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento cirúrgico para amputação de membros



pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte;

10. Estou ciente de que a dor pode ocorrer após o procedimento realizado e que as medidas para seu controle estarão disponíveis sempre que necessário. Compreendi a importância de comunicar à equipe assistencial a ocorrência de dor.

11. Fui informado que, eventualmente, em decorrência de situações ainda não diagnosticadas ou de complicações emergenciais, inesperadas e não discutidas ou previstas, poderá ser necessário qualquer outro procedimento cirúrgico ou invasivo, a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, conforme o caso.

12. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passados, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação incorreta pode implicar em risco de complicações;

13. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

14. Esta autorização é dada ao(à) médico(a) _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional (is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

Paciente Responsável (Grau de Parentesco): _____

Nome: _____

Assinatura: _____ Identidade N.º: _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____

Assinatura: _____ CRM: _____

São Paulo ____/____/____ Hora: ____:____

Referências:

1. Fang ZB, Hu FY, Arya S, et al. Preoperative frailty is predictive of complications after major lower extremity amputation. J Vasc Surg. 2017, 65(3):804
2. Aulivola B, Hile CN, Hamdan AD, et al. Major lower extremity amputation: outcome of a modern series. Arch Surg. 2004, 139(4):395
3. Nehler MR, Coll JR, Hiatt WR, et al. Functional outcome in a contemporary series of major lower extremity amputations. J Vasc Surg. 2003, 38(1):7