

solicitante

**Orientações Imediatas para o Paciente que irá se submeter  
à Cirurgia da Coluna Vertebral e Neurocirurgia.**

**Dados do Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de  
nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Telefones : \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Por estar em plenitude de suas faculdades mentais e por livre e espontânea vontade, por meio deste instrumento particular, autorizo a meu médico, identificado acima, a Realização de Procedimento Cirúrgico.**

**Códigos:**

**Data da cirurgia:**

**01 - Relação comercial entre a equipe médica e Paciente:**

O referido paciente foi informado sobre os acertos financeiros previamente acordados em folha de orçamento prévio de cirurgia e que, optando por cobertura parcial ou total, por plano de saúde ou seguradora, sendo cirurgia ou tratamento clínico, **sendo que o paciente passará a ser inteiramente responsável pela liberação das guias de autorização da cirurgia, assim como liberação de material de implante específico (quando houver), solicitado pelo Médico responsável, em prazo, quantidade e qualidade hábil para realização do procedimento.**

De acordo com normas da ANS o prazo de autorização por parte da seguradora de saúde é de no máximo 21(vinte e um) dias, passado este prazo o paciente poderá entrar em contato pelo telefone 0800 7019656 (ANS) para requerer seus direitos. ( essas normas podem mudar de acordo com as regulações específicas e leis vigentes na época )

Assim que a liberação for efetivada **o paciente fica responsável** em encaminhar cópias das respectivas autorizações com antecedência, na secretaria da clínica, para que seja feita a confirmação do agendamento da cirurgia proposta.

**Se por ventura algum dos códigos solicitados for glosado (negado) por parte do plano de saúde, operadora, seguradora, etc, a responsabilidade do pagamento será do próprio paciente, e este se optar pela solicitação de reembolso dos valores e códigos glosados terão que fazer o pagamento total em preço de pacote particular referente a todos os códigos solicitados, para equipe cirúrgica, anestesia, terapia intensiva e enfermagem.** Caso não for solicitar o reembolso dos valores e materiais glosados, pagará somente o valor devido ao código glosado no preço acordado previamente, recebendo, após confirmação do pagamento, por suposto, nota fiscal eletrônica dedutível no imposto de renda.

## **02 - Explicações técnicas detalhadas sobre o procedimento proposto e dúvidas:**

O paciente declara estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento anestésico/cirúrgico, tendo recebido do médico todas as informações solicitadas, bem como outras subsidiárias ou consideradas pertinentes, conforme a seguir explicitadas:

1). Que, foram detalhadamente explicados pelo médico a natureza, a finalidade, as peculiaridades, **os benefícios, os riscos e as possíveis complicações** que podem decorrer do supracitado procedimento anestésico/cirúrgico;

2) Que deve, no dia da cirurgia, **levar consigo todos os exames pré-operatórios**, incluindo exames de sangue e urina, avaliação cardiológica com risco cirúrgico específico para cirurgia do porte proposto, como acima explicitado, além de todas as radiografias feitas, tomografias e ressonâncias, com as imagens e os respectivos laudos gerados, podendo ser necessário complementação com parecer de pneumologista quando em se tratando de fumante, endocrinologista em diabético grave, reumatologista em portador de doença reumática e etc. ; conforme cada caso e necessidade, sendo o paciente ciente em sua particularidade, que **nada deve omitir sobre seu estado de saúde física e emocional, mesmo que não lhe seja perguntado ou solicitado tais informações, inclusive uso de remédios.** Que em caso de uso de prótese dentária, deve-se retirar antes de entrar para o centro cirúrgico e entregar para algum familiar / responsável. Fazer consulta pré-anestésica, com anestesista do hospital onde será realizado tal procedimento, para conferir mais uma vez os exames e dirimir dúvidas sobre anestesia proposta.

**P.S: LEVAR TODOS OS EXAMES NO DIA DA CIRURGIA!!!**

3) Que, ESTÁ CIENTE DE QUE, em todo tipo de intervenção anestésica/cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato

anestésico/cirúrgico ou das condições vitais do paciente; **que no caso de reoperações, diagnóstico de fibromialgia, hipotireoidismo, pós cirurgia bariátrica, fumante, diabético, artrite reumatóide, imunosuprimido, enfim , portador de doença crônica qualquer, idade avançada, fica desde já informado de que o prognóstico é reservado** e, portanto, a expectativa de melhora se dá em menor escala ( índice de complicações esperada é maior !).

4 ) Que, me foi informado e, portanto, está ciente de que como em qualquer outro ato operatório, ao se submeter à presente cirurgia estará, também, sujeito (a) a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos (por esta razão solicita-se a compra de meia elástica de média compressão - para usar no pós operatório - para minimizar risco), hematomas, parada cardiorrespiratória, acidente vascular cerebral, dentre outras;

5) Que foi, ainda, esclarecido(a) acerca de outras intercorrências e sequelas que podem advir da cirurgia proposta, tais como: sequela neurológica ( perda de visão, rouquidão, dificuldade de engolir, etc) perda de força em braço ou perna; atrofias musculares; acúmulo de líquidos; sangue ou secreções nas cavidades operatórias ou na pele; aparecimento de manchas hipo ou hipercrônicas e inchaço na região operada; necrose da pele por redução da irrigação sanguínea; alterações da sensibilidade na região operada; que a ferida poderá evoluir ou ser aumentada, dependendo do ato cirúrgico, paralisias em graus diversos, provocada por lesões de ramos nervosos; cicatrizes queiloideanas; etc. **O déficit neurológico pode estar em fase inicial e poderá piorar com o ato anestésico/cirúrgico proposto, bem como poderia piorar se não optasse pela cirurgia. Há um risco real de piora e/ou manutenção de sequelas neurológicas. Não existe garantia alguma de que sequelas em instalação ou já presentes possam melhorar com qualquer cirurgia. Mas há a possibilidade real de piora imediata, em alguns casos de lesão grave, que poderá ou não melhorar com o tempo e reabilitação proposta.**

6). Que, cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico me foi detalhadamente explicado pelo médico;

7). Que, essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;

8). Que foi esclarecido que o paciente deve informar por entender a importância desta informação na salvaguarda da integridade física dos profissionais, e de suas

famílias, envolvidos no ato anestésico/cirúrgico - da existência de qualquer doença infectocontagiosa transmissível que eu, porventura, tenha como: AIDS ou quaisquer outras DST's; Hepatite; outras;

9). Que, em virtude do acima exposto, foi informado (a) que poderá ser imperativa a utilização de monitorização invasiva TRANSOPERATÓRIA;

10). Que, **em casos de intercorrências, tais como hemorragias, poderá ser necessária transfusão de sangue e/ou hemoderivados para a manutenção das funções vitais.** Que tais produtos biológicos, embora preparados segundo as exigências legais do Ministério da Saúde, podem excepcionalmente produzir reações orgânicas indesejáveis ou veicular doenças. O paciente deve procurar o banco de sangue, que será indicado, no dia anterior à cirurgia, para tipagem de sangue e providenciar doadores.

11). **Que, se acontecerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;**

12). Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado, inclusive em terapia intensiva;

13). **Que, nos casos acima referidos eventualmente poderá ser necessária uma nova intervenção cirúrgica, ou até mais de uma.**

14). **Que, no caso de cirurgias reparadoras poderão ser necessários vários tempos cirúrgicos para a obtenção do êxito terapêutico esperado;**

15). Que, não deve ingerir alimentos ou líquidos, inclusive água, após às 22:00 h (dez horas da noite) do dia anterior ao do ato cirúrgico, ou se a cirurgia for no período vespertino, após a meia noite, não ingerir mais alimentos. Não é necessária tricotomia (depilação), E QUE NÃO é necessário, normalmente, preparo intestinal (laxantes);

16) Que, deve informar ao seu médico todos os medicamentos e drogas que esteja utilizando - levar lista escrita com o nome e dosagem de todos os remédios que tenha necessidade de tomar e quais que já tomou e não se sentiu bem, inclusive alergias, posto que tais substâncias podem produzir interações deletérias com os anestésicos ou trazer complicações operatórias e pós-operatórias; parar de tomar as ( aspirina ou similar) , xarelto e/ou marcoumar ( **ou qualquer outro anticoagulante**) pelo menos 15 dias antes da cirurgia ( sob risco de hemorragia grave) e programar com o médico qual substituto deve ser tomado;

17). Que, com tais explicações e esclarecimentos está plenamente satisfeito (a), tendo compreendido e aceitado se submeter ao tratamento médico anestésico/cirúrgico proposto;

18). Que, poderá ter que comprar, antes da cirurgia, colete cervical ou lombar de acordo com a necessidade que foi explicada, ou depois da cirurgia, pois a qualidade óssea somente pode ser avaliada no ato operatório. Caso sequela motora poderá ser necessário uso de órtese compatível com necessidade específica.

19) **O pós-operatório nem sempre será realizado pelo cirurgião, todavia, será realizado, sempre, por membro da mesma equipe multidisciplinar que compõe nosso corpo clínico por mim elegido neste ato. Sejam por médicos da equipe ou da equipe de terapia intensiva, oncologistas, reumatologistas, cardiologistas, endocrinologistas, infectologistas, pneumologistas, e demais, bem como das enfermeiras envolvidas, fisioterapeutas e outros que por ventura sejam necessários para uma boa recuperação.**

20) É necessário banho pré-operatório com clorexidina dergemante de 4% para prevenção de infecção no sítio cirúrgico nos 3 (três) dias anteriores a cirurgia, para reduzir o número de microrganismos presente na pele do paciente.

21) Autorizo desde já, o uso das imagens dos meus exames, preservando minha identidade, e que sejam utilizadas para finalidade de estudos acadêmicos e trabalhos científicos, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos e afins.

22) **. Qualquer dúvida, por menor que seja, devem ser esclarecidas e respondidas antes da cirurgia, pois sabemos que sempre há a possibilidade de complicações imprevisíveis. Favor colocar as dúvidas nas linhas abaixo e solicitar as respostas por escrito:**

**Dúvidas/ Observações específicas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Brasília-DF: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_