

Termo de Consentimento

Procedimento:

Por favor, leia todo texto e rubricar cada página depois de ter lido e compreendido.

Para que sua operação prossiga - este formulário deve ser preenchido e devolvido para centro de saúde da coluna, Dr. PAULO ROGERIO CORTEZ: Fax: 35007367 ou e-mail: neurospinerj@gmail.com
RUA DR CELESTINO 122, SALA 802 CEP 20020091, ou devolvido em pessoa para o endereço acima.

O que é o consentimento informado?

Nenhum procedimento médico está livre de riscos. O principal objetivo da assinatura do presente formulário é para o seu consentimento das ações invasivas da sua cirurgia. Para que este consentimento seja válido, você (**o paciente**) deve saber exatamente o que você está consentindo. Você deve entender que há riscos e benefícios da operação proposta, a fim de você tomar uma decisão. Você deve estar ciente dos riscos frequentes, e também sobre os riscos mais raros e da sua seriedade e quando eles ocorrem. Obter o conhecimento desses riscos é chamado consentimento informado

RISCOS DE UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

(A) Áreas dos pulmões podem entrar em colapso, aumentando o risco de infecção pulmonar, podendo precisar de antibióticos e fisioterapia.

(B) Coágulos podem se formar nas pernas conhecido como trombose venosa profunda (TVP) causando dor e inchaço. Parte deste coágulo pode se soltar e ir para os pulmões que pode ser fatal.

(C) Um ataque cardíaco pode ocorrer por causa da pressão arterial sobre o coração ou um derrame cerebral devido sangramento.

É um pouco improvável a morte, embora possível resultado de qualquer cirurgia.

RISCOS ANESTÉSICO

Riscos de anestésicos incluem:

- A reação ao anestésico.
- náuseas e vômitos no pós-operatório.
- Ataque cardíaco, infecção pulmonar ou coágulos de sangue durante a cirurgia.

Se você tiver alguma dúvida, ou sabe de qualquer problema médicos que possam ter impacto sobre a anestesia, você deve discutir este assunto com o anestesista. A entrega de anestésicos é realizada por especialistas neste domínio e, portanto as perguntas devem ser direcionadas ao anestesista apropriado.

RISCOS ESPECÍFICOS

- Dr. Paulo R Cortez também vai discutir outros riscos específicos da sua cirurgia.

Cirurgia Espinhal: (COLUNA VERTEBRAL)

- Infecções quer da pele ou no fundo da ferida.
- Danos aos nervos ou da medula espinhal podendo levar a uma paraplegia ou monoplegia, perda de movimentos dos membros como a mão ,braços ,pernas e pé
- Danos à membrana que envolve a medula e os nervos (Dura-máter) com vazamento de fluido espinhal. (fistula liquórica)
- Problemas com a abordagem cirúrgica, como problemas vocais, alteração da voz, dificuldade em engolir e inchaço com a cirurgia de coluna cervical, problemas abdominais com cirurgia lombar e problemas pulmonares com cirurgia torácica.
- O sangramento durante a cirurgia necessitando de transfusão de sangue ou após a cirurgia que pode exigir nova operação urgente.
- Não união óssea (PSEUDOARTROSE) se foi submetido a uma operação de fusão óssea (artrodese) ou se houver uma instabilidade da coluna necessitando de outra cirurgia
- Degeneração dos níveis adjacentes a uma artrodese da coluna vertebral.

CIRURGIA CEREBRAL:

- As infecções quer da pele ou no fundo da ferida (meningite).
- Sangramento após a cirurgia que pode exigir a re-operação urgente.
- Lesão cerebral - acidente vascular cerebral tanto isquêmico como hemorrágico.
- O vazamento de fluido cerebral da ferida que pode exigir nova cirurgia.

CIRURGIA DOS NERVOS PERIFÉRICOS

- As infecções quer da pele ou no fundo da ferida.
- A dor no nervo após o procedimento.
- O sangramento que pode exigir nova cirurgia.
- Agravamento da função nervosa.

BLOQUEIOS E INFILTRAÇÕES

- As infecções da pele ou no fundo da ferida.
- Raramente, nervo ou lesão articular.
- Nenhuma mudança nos sintomas ou agravamento dos sintomas.

ANTICOAGULANTES

Certos medicamentos inibem a coagulação do sangue ("diluem o sangue"). Estes incluem Aspirina, Clopidogrel, varfarina e muitos mais. Estes medicamentos devem ser interrompidos 2 semanas antes da cirurgia da coluna vertebral, cirurgia do nervo ou neurocirurgia. Farei acordos para parar meus anticoagulantes antes da cirurgia, e para discutir isso com o meu médico de família ou médico assistente. Se você está inseguro de uma medicação que você está tomando é um anticoagulante, consulte o seu médico para discutir.

OUTROS PROBLEMAS MÉDICOS

Se você sofre de problemas do coração, pulmão ou outros problemas, isso precisa ser revisto antes da cirurgia. Nós ajudaremos com encaminhamento adequado a um médico especialista em coração ou pneumologista para avaliação antes da cirurgia.

Se você já teve problemas médicos com operações anteriores, este deve ser discutido com o anestesista antes da cirurgia.

CONSENTIMENTO INFORMADO FINANCEIRO (para pacientes PRIVADOS)

Dr. Paulo Cortez cobra de acordo com a tabela CBHPM para a maioria das operações. As taxas CBHPM representam um reflexo justo do treinamento feito pelo Dr Paulo Rogério Cortez como universidade médica (6 anos), Formação geral neurocirúrgica (5 anos) e de subespecialidade com cursos e estágios internacionais(1ano) além de se manter sempre atualizado constitui total de mais de 12 anos de formação .

Você deve discutir valores e qualquer outro custo com a secretária e com o Dr Paulo Cortez antes de sua operação.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Eu, Doutor Paulo Rogerio Cortez CRM 52747505, expliquei a condição e o diagnóstico do paciente e as opções para o tratamento e os seus riscos, caso necessário o procedimento cirúrgico seus riscos e consequências prováveis e os problemas significativos específicos para este paciente.

O paciente ou substituto responsável teve oportunidade de fazer perguntas sobre qualquer das questões acima e levantar qualquer outras preocupações que eu tenha respondido tão plenamente quanto possível. Eu sou da opinião de que o paciente ou substituto responsável entenderam as informações acima

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu reconheço que:

O médico explicou minha condição médica e o procedimento proposto. Eu entendo os riscos do procedimento, incluindo os riscos que são específicos para mim, e os resultados prováveis. O médico explicou outras opções de tratamento relevante e seus riscos associados. O médico explicou meu prognóstico e os riscos de não ter o procedimento.

Eu era capaz de fazer perguntas e levantar preocupações com o médico sobre a minha condição, o procedimento e seus riscos, e as minhas opções de tratamento. As minhas perguntas e preocupações foram discutidas e respondidas a minha satisfação.

Eu entendo que o procedimento pode incluir uma transfusão de sangue.

Eu entendo que se órgãos ou tecidos são removidos durante a cirurgia, que estes podem ser retidos por testes durante um período de tempo e, em seguida, eliminados com a necessidade do hospital. O médico explicou que se eventos de risco de morte imediato acontecer durante o procedimento, eles serão tratados em conformidade. Eu entendo que fotografias ou imagens de vídeo podem ser tomadas durante a minha operação. Estes podem então ser utilizados para o ensino de profissionais de saúde. O paciente não será identificado em qualquer foto ou vídeo. Eu entendo que serão feitos todos os meios para a melhora da minha condição, porem nenhuma garantia foi feita de que o processo irá melhorar a condição, e que o processo pode tornar a minha condição pior.

Com base nas afirmações acima, solicito o procedimento.

Assinatura:

Encontro: