

Consentimento Informado livre e esclarecido

para procedimentos cirúrgicos e procedimentos invasivos

Direção da Qualidade /Gabinete de Gestão do Risco

Dr.ª Adelaide Serra
Enf.ª Filomena Reis Fernandes

Consentimento Informado

- ✓ Garantir previamente a qualquer decisão terapêutica a informação adequada à pessoa, relativamente à prestação de cuidados que lhe é proposta, riscos associados alternativas possíveis de tratamento, tal como a evolução provável do seu estado.
- ✓ A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.



Consentimento Informado



NORMA

da Direção-Geral da Saúde

Francisco
Henrique
Moura George

Dependente especial de Francisco
Henrique Moura George
Doutor em Medicina
Médico Especialista em Medicina
Intensiva e Medicina Geral e
Especialidade de Medicina
Intensiva e Medicina Geral e
Especialidade de Medicina
Intensiva e Medicina Geral e

NÚMERO: 015/2013

DATA: 03/10/2013

ATUALIZAÇÃO: 14/10/2014

ASSUNTO: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito
PALAVRAS-CHAVE: Consentimento informado
PARA: Administrações Regionais de Saúde, dirigentes de unidades de saúde e profissionais de saúde do sistema de saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)



Ponto de situação no HFF:

- ✓ Impresso revisto de acordo com a Legislação atual e a Norma 015/2013 da DGS de Janeiro de 2015, com o a participação e validação da Direções Clínica, Qualidade /GGR e Comissões de Ética e Transfusão;
- ✓ Impresso transversal para todos os atos terapêuticos (destacando, por imposições legais, o ato de transfusão de sangue/derivados) ou de diagnóstico e para a participação em estudos de investigação;
- ✓ Revisão e criação dos procedimentos associados;
- ✓ Criação de desenvolvimentos técnicos informáticos para facilitação do processo aos seus utilizadores;
- ✓ Divulgação a todo o HFF, em sessões de Esclarecimento no 1º Trimestre de 2015;
- ✓ Foi definido o período de Janeiro a Setembro de 2015 como fase de implementação do processo, considerando-se durante o mesmo, a necessidade do cumprimento mínimo dos critérios: *dados Administrativos do utente, procedimento, serviço, assinatura utente/Tutor Legal, assinatura do médico Prescritor e/ou executor ,nº ordem e data.*

Validade do Consentimento Informado-Resultados

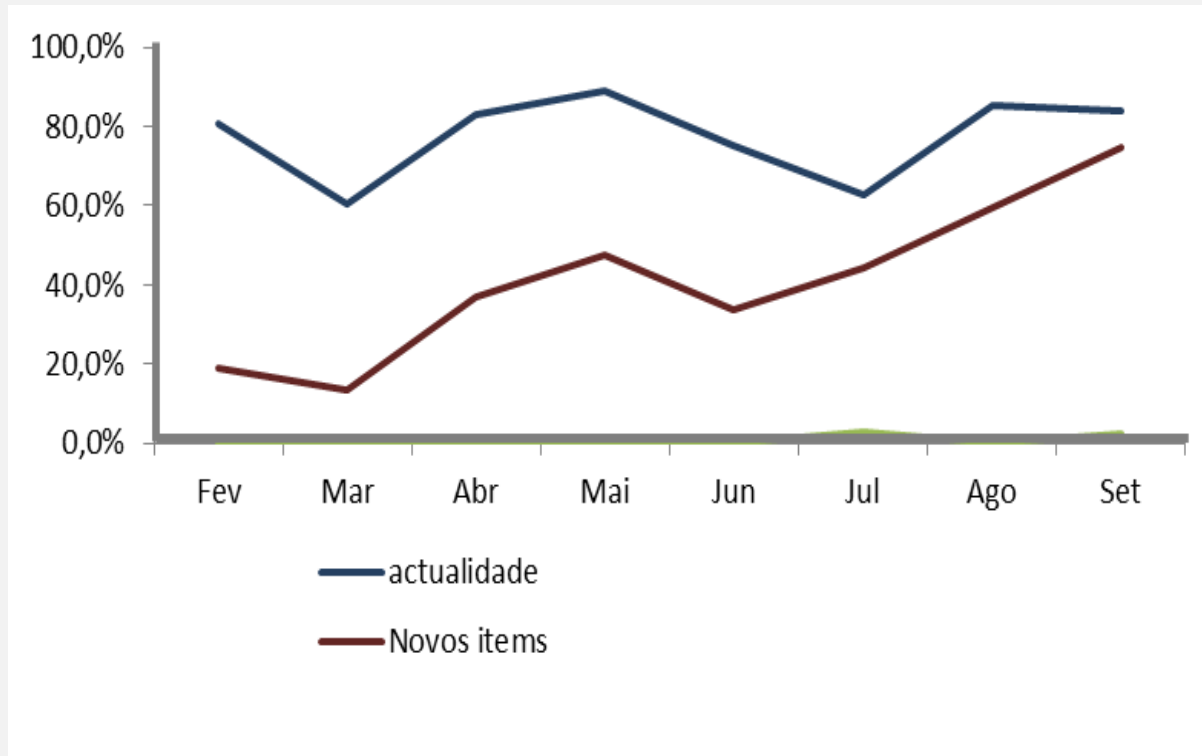
Resultados da auditoria ao CI no HFF em 2015	% de conformidade	Objectivo HFF 100%
1. Na identificação do doente consta obrigatoriamente o nome completo e a data de nascimento , entre outros dados do doente (N.º do processo clínico do doente, Morada, etc.).	85,9%	100%
2. Registada a autorização do doente para o procedimento mencionado no CI (s.q.a.)	58,9%	100%
3. Descrição do procedimento cirúrgico, métodos Anestésicos e /ou Cirúrgicos a realizar	85,9%	100%
4. Registado informação sobre se foram facultado (s) o (s) documentos (s) informativo (s) referente (s) ao (s) procedimento (s) referidos (ponto 2, s.q.a.)	59,1%	100%
5. Registada autorização do doente para realizar transfusão de sangue e/ou derivados do sangue	59,2%	100%
6. Registada autorização do doente para o registo de imagens desses actos para fins científicos	42,6%	100%
7. Registada autorização do doente para a utilização de dados clínico-laboratoriais e transfusionais para fins científicos		
8. Assinatura do doente	100%	100%
9. Assinatura do tutor Legal (s.q.a.)		100%
10. Registada a evidência do tipo de representante legal e respectiva identificação conforme CC/BI/ODL		100%
11. Assinatura do Médico Prescritor	81,2%	100%
12. N.º da Ordem do Médicos (n.º OM)	85,1%	100%
13. Data do pedido do Consentimento Informado (médico assistente/prescritor)	79,2%	100%
13. Assinatura do Médico Executante	5,9%	100%
14. N.º da Ordem do Médicos (n.º OM)		
16. Data da assinatura do Médico executante		

Validade
do CI
Aspectos
críticos do
CI
2015



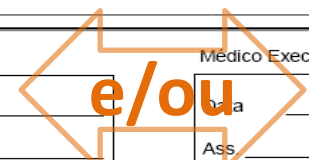


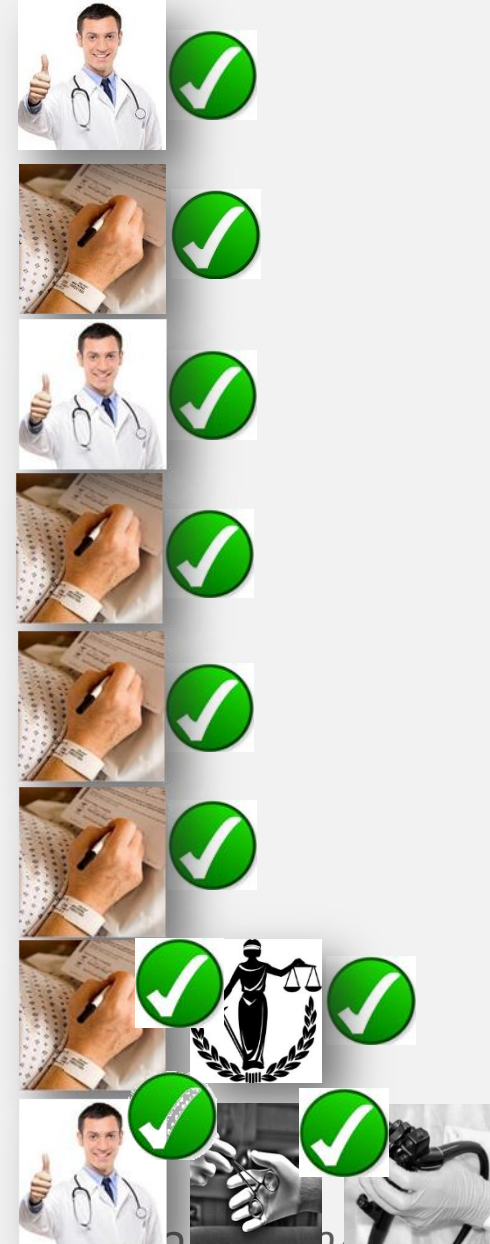
Consentimento Informado

Resultados da auditoria: 2014/2015



Validade do Consentimento Informado

 CONSENTIMENTO INFORMADO									
Processo:	Nome:								
Data Nasc.:	Telefone:								
<p>Eu, acima indicado, declaro que (assinale a sua escolha) autorizo <input type="checkbox"/> /não autorizo <input type="checkbox"/> /não aplicável <input type="checkbox"/></p> <p>o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca a realizar os Exames Complementares de Diagnóstico, assim como os Métodos Terapêuticos Médicos, os Métodos Anestésicos e /ou Cirúrgicos, necessários a:</p>									
<p>o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca a realizar os Exames Complementares de Diagnóstico, assim como os Métodos Terapêuticos Médicos, os Métodos Anestésicos e /ou Cirúrgicos, necessários a:</p>									
<p>Foi (oram) - me facultado (s) o (s) documentos (s) informativo (s) referente (s) ao (s) procedimento (s) acima referido (s) *</p> <p style="text-align: right;">Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/></p>									
<p>Expresso o meu livre e pleno consentimento para o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca realizar transfusão de sangue e/ou derivados do sangue.*</p> <p style="text-align: right;">Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável <input type="checkbox"/></p>									
<p><small>*Ao responder sim ou não, declaro que li e compreendi a Informação sobre "Terapêutica com Componentes Sanguíneos" e / ou outros procedimentos que me foi facilitada pelo Hospital antes da tomada de decisão e que entendo todo o alcance da minha decisão, que pode ter implicações na minha sobrevida.</small></p>									
<p>Declaro que autorizo o registo de imagens desses actos para fins científicos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>									
<p>Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais e transfusionais para fins científicos: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>									
									
Assinatura do Doente ⁽¹⁾	Assinatura do Representante Legal ^{(1) (3)}								
<p>⁽¹⁾ Nome conforme CC/BI/ODL⁽²⁾ ;</p> <p>CC/BI/ODL⁽²⁾ n.º _____ válido até ____ / ____ / ____ entidade emissora _____</p> <p>⁽³⁾ Tipo de representante _____</p>									
<p>Médico Assistente/Prescritor:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Data ____ / ____ / ____</td> <td style="width: 25%;">N. Ordem _____</td> <td style="width: 25%;">Data ____ / ____ / ____</td> <td style="width: 25%;">N. Ordem _____</td> </tr> <tr> <td>Ass. _____</td> <td>Nome _____</td> <td>Ass. _____</td> <td>Nome _____</td> </tr> </table>		Data ____ / ____ / ____	N. Ordem _____	Data ____ / ____ / ____	N. Ordem _____	Ass. _____	Nome _____	Ass. _____	Nome _____
Data ____ / ____ / ____	N. Ordem _____	Data ____ / ____ / ____	N. Ordem _____						
Ass. _____	Nome _____	Ass. _____	Nome _____						
									



Procedimento do Circuito do Consentimento Informado para doentes cirúrgicos programados e urgentes

Acesso à prescrição em Hosix:

The screenshot displays the Hosix software interface. The main window is titled 'Lista de Programação de Internamentos' and shows patient details for process 758847. The patient is 43 years old, born on 05-04-1971, and is scheduled for a surgical procedure (CIRCUNCISAO) on 01-12-2014. A red arrow points to the 'Lista de Espera' window title bar. A 'Imprimir' dialog box is open in the foreground, asking 'Pretende imprimir proposta de cirurgia?' with 'Sim' and 'Não' buttons. Another red arrow points to this dialog box.

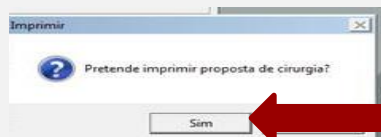
Lista de Espera

Processo: 758847
Doente: 758847
Entidade: [Redacted] N°Benef./Aj: 11339252186
Idade: 43 Anos Data Nasc.: 05-04-1971 NCU: 350532206 Localidade: AMADORA
Nº Lista: 177.968 Validar: [] Utilizador Val: [] Data Val: []
Médico: 43084
Serviço: 0204
Data Criação: 01-12-2014 Data Entrada: 01-12-2014 Data Saída: []
T. Epis.: 1 [] ISOLADO Nível Prioridade: 1 [] NÍVEL 1 - NORMAL
Diagnóstico: 605 [] PREPUCIO REDUNDANTE E FIMOSE
Com. Diag: []
Procedimento: 64.0 [] CIRCUNCISAO
Com.Proced.: []
Tipo Lista: 1 [] CIRURGICA Média Dias: 270 [] Complicações: [] Preparação: []
Tipo Saída: [] Data Aprox Saída: 28-08-2015
Dias Previstos: 1 [] Apoio hemoterapia: [] Dias de Espera: 1
ASA: [] Avaliação PréOperatória: []
Tipo Cirurgia: Convencional Data consentimento: 01-12-2014 Lateralidade: N3c
[] Reinscrição [] Transferível [] Episódio Subsequente [] Patologia assoc: []
Estado: PRE [] PRE-INSCRIÇÃO
Motivo: 26 - Aguarda validação Data: []
Primeira pendência:
Estado: [] Data: []
Motivo: [] Data: []

Imprimir
? Pretende imprimir proposta de cirurgia?
Sim Não

Procedimento do Circuito do Consentimento Informado para doentes cirúrgicos programados e urgentes

Acesso à prescrição:



1-4

PROPOSTA DE CIRURGIA

Nome: GUSTAVO TORRES ANDRADE
Morada: 85100257REYSGE-58
Telefone: 988555676
Data Nasc.: 09-04-1971
Processo: 7988497
Nº BI: 139912979
Entidade Responsável: S.S.P.-SEG.SOCIAL PORTUGUESA

Serviço: UROLOGIA

Diagnóstico Base:
Diagnóstico Pré-operatório: PRECÍCIO REDUNDANTE E FIBROSE

Comentários (Diagnóstico):

Procedimento cirúrgico previsto: CIRCUNCISAO

Comentários (Procedimento):

Tipo de cirurgia: Convencional Ambulatório
Tipo de episódio: Isolado Bilateralidade Associado por complicações
Episódio subsequente: Não Sim
Lateralidade: Bilateral Direto Esquerdo Não
Nível de prioridade clínica: Normal < 9 MESES Prioritário < 2 MESES Muto Prioritário < 15 DIAS
Avaliação pré-operatória: Pendente Realizada
ASA:
Necessidades específicas do peri-operatório: Não Sim
Existência de patologia ou problemas associados: Não Sim
Observações:

Médico proponente: PEDRO BARGÃO SANTOS

2-4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Processo: 155787 Nome: NASCIMENTO MENDES FURTADO
Data Nasc.: 23-01-1960 Telefone: 214668959

Eu, acima indicado, declaro que (assinale a sua escolha) autorizo /não autorizo /não aplicável o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca a realizar os Exames Complementares de Diagnóstico, assim como os Métodos Terapêuticos Médicos, os Métodos Anestésicos e/ou Cirúrgicos, necessários a:

EXCISAO DE CHALAZIO

Foi(eram)-me facultado(s) o(s) documento(s) informativo(s) referente(s) ao(s) procedimento(s) acima referido(s):
Sim Não aplicável

Expresso o meu livre e pleno consentimento para o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca realizar transfusões de sangue e/ou derivados do sangue (assinale a sua escolha):
Sim Não Não aplicável

* Ao responder sim ou não, declaro que li e compreendi a "Informação sobre terapêuticos com Componentes Sanguíneos" que me foi facultada pelo Hospital antes da tomada de decisão e que entendo todo o alcance da minha decisão, que pode ter implicações na minha sobrevivência.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado sobre os benefícios e possíveis alternativas aos Exames Complementares, Métodos Terapêuticos, Anestésicos ou Intervenções Cirúrgicas, bem como os riscos, complicações, sequelas que podem surgir durante ou após os mesmos e que me foi dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas obtive resposta esclarecedora, tendo-me sido disponibilizado acesso a vias complementares para mais esclarecimentos. Apesar de concordar com a execução dos procedimentos acima mencionados poderei, em qualquer momento, desistir deles, mantendo assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde e a assistência necessária à minha situação clínica.

Declaro que autorizo o registo de imagens desses actos para fins científicos: Sim Não
Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais e transfuncionais para fins científicos: Sim Não

Assinatura do Doente (1) e/ou Assinatura do Representante Legal (1) (2)

(1) Nome conforme CC/BI/ODL (2):
CC/BI/ODL (2) nº: _____ válido até ____/____/____ entidade emissora: _____
(3) Tipo de representante:

Médico Assistente/Prescritor: _____ Médico Executor: (não aplicável em caso exclusivo de transfusão)

Data: ____/____/____ N. Ordem: 40035	Data: ____/____/____ N. Ordem: _____
Ass.: _____ Nome: MAFIA FERREIRA	Ass.: _____ Nome: _____

Houve necessidade da presença de um intérprete (ou outro meio idóneo) qualificado? Sim Não
Se respondeu "Sim" preencha o campo abaixo:
Intérprete: _____ Assinatura: _____
Outro meio: Especificar: _____
Data: 22-Maio-2012

(2) CC - Cartão de Cidadão; BI - Bilhete de Identidade; ODL - Outro Documento Legal.
(3) No caso de menor de 18 anos de idade, estar interdicto ou incapacitado, indicar a quem confere o título de Representante Legal (ex: parentesco, documento legal).

DMP.0014/T.DC/Versão 06/10-07-2014/Consentimento Informado

3-4

4-4

INFORMAÇÃO AO UTENTE SOBRE A ANESTESIA

Este documento destina-se a informar o utente sobre o que é a anestesia, os riscos que o leva a tomar e a ser administrado para ser capaz de dar o seu consentimento informado antes de a mesma ser administrado por um médico anestesta.

1. O que é a anestesia?

A anestesia é um conjunto de técnicas que permitem a realização de uma intervenção cirúrgica, obstétrica ou médica (exames endoscópicos, radiológicos, etc.) durante a dor e outras sensações durante e após a intervenção, em condições de segurança. Existem dois tipos principais de anestesia: a anestesia regional, onde o tipo de anestesia que lhe será administrado dependerá do tipo de intervenção e do estado de saúde e dos resultados dos exames complementares de diagnóstico que tiver.

a. A anestesia geral é um estado de inconsciência e sem qualquer sensação, sendo o doente está inconsciente e sem reflexos, e/ou pela inalação de vapores anestésicos;

b. A anestesia regional é aquela que atua num determinado lugar a operação. O seu princípio é bloquear os nervos que transmitem a dor. Pode ser administrado um anestésico local. As vulgares chamadas raquianestésias e epidurais são dois tipos de anestesia regional, onde o produto anestésico é injetado por nervos que saem do tronco espinal. Em determinados casos pode-se-á associar uma anestesia geral a uma anestesia regional.

2. Vigilância e monitorização durante a anestesia

Qualquer acto anestésico, independentemente do seu tipo, decorre numa sala equipada com material adequado, adaptado à sua intervenção e verificado antes de cada utilização. Após a intervenção, a recuperação da anestesia faz-se numa Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) ou numa sala de recuperação anestésica (Sala de Recobro) onde o doente está continuamente monitorizado e sob a vigilância de uma equipa de enfermagem e a responsabilidade clínica de um médico anestesta.

3. Quais são os riscos da anestesia?

Qualquer procedimento médico, ainda que executado com competência e no respeito pelas mais recentes evidências científicas, comporta sempre um risco. As condições actuais de vigilância e monitorização durante a anestesia e no período de recuperação permitem detectar rapidamente a ocorrência de anomalias e tratá-las precocemente.

a. Riscos específicos da Anestesia Geral

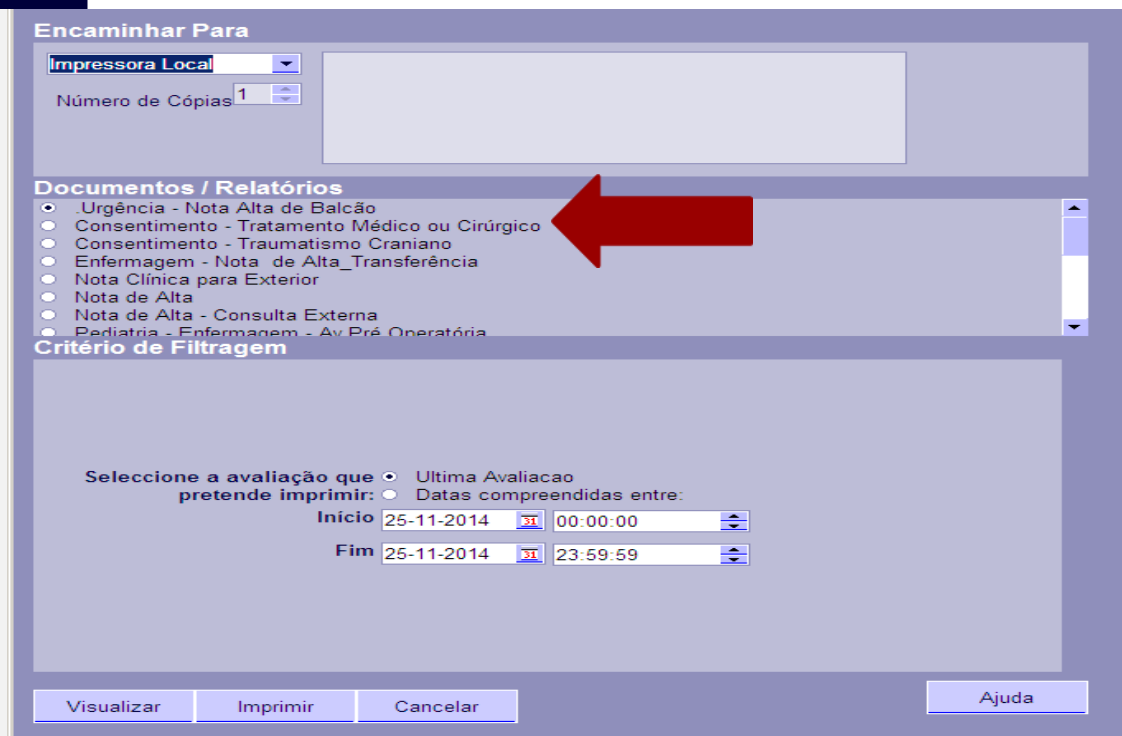
Náuseas e vômitos durante o despertar, dor de garganta ou rouquidão após a operação, alterações da memória e diminuição na capacidade de concentração são peralment passapeiros. Pode também ocorrer lesão de peças dentárias. Complicações imprevisíveis que implicam risco de vida como uma alergia grave, dificuldade respiratória ou paragem cardíaca são extremamente raras.

b. Riscos específicos da Anestesia Regional

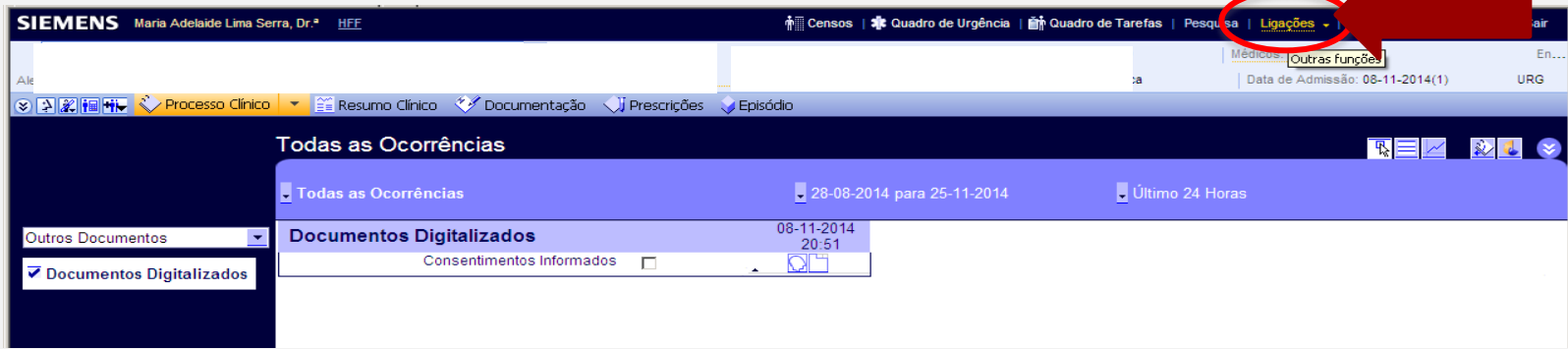
Se uma anestesia regional for insuficiente poderá ser complementada por uma anestesia geral. Existem alguns riscos específicos para as anestesia perimedulares (raqui e epidural), tais como picadas repetidas por dificuldade técnica, dificuldade em urinar a seguir à anestesia, dores de cabeça e dor no local da punção. Existem alguns riscos mais raros mas se muito raras tais como paralisia e/ou morte da paralisia.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Procedimento do Circuito do Consentimento Informado para exames e procedimentos médicos invasivos



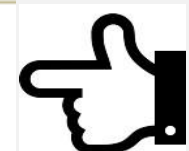
Procedimento do Circuito do Consentimento Informado para exames e procedimentos médicos invasivos



No link está uma pasta para os documentos:

<http://intranet.hff.corp/profclinicos/docInstitucional/Documents/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Fprofclinicos%2FdocInstitucional%2FDocuments%2FDocs%2E%20Apoio%20Clinico/>

<input type="checkbox"/> Tipo	Nome	Modificado	<input type="checkbox"/> Modificado por	<input type="checkbox"/> Saída Dada Para
<input type="checkbox"/> Folder	Informação complementar ao consentimento informado	15-10-2014 16:12	spintrafarma	
+ Adicionar documento				
<input type="checkbox"/> Tipo	Nome	Modificado	<input type="checkbox"/> Modificado por	<input type="checkbox"/> Saída Dada Para
<input type="checkbox"/> Folder	Geral	27-10-2014 10:58	Ana Nunes	
<input type="checkbox"/> Folder	Nefrologia	27-10-2014 11:03	Ana Nunes	
+ Adicionar documento				
<input type="checkbox"/> Tipo	Nome	Modificado	<input type="checkbox"/> Modificado por	<input type="checkbox"/> Saída Dada Para
<input type="checkbox"/> Folder	Geral	27-10-2014 10:58	Ana Nunes	
+ Adicionar documento				
<input type="checkbox"/> Tipo	Nome			
<input type="checkbox"/> Documento	DI 0183 T IMUNO v01 - Informação sobre terapêutica com Componentes Sanguíneos			
<input type="checkbox"/> Documento	IMP 0999 T IMUNO v01 - Alerta Reações Adversas_Tratamento_Componentes Sanguíneos			
<input type="checkbox"/> Documento	IMP 1000 T IMUNO V01 - Declaração de emergência ou imp de obtenção do consentimento em transfusão			
<input type="checkbox"/> Documento	IMP 1001 T IMUNO v01 - Isenção de responsabilidade_Recusa à terapêutica transfusional			
+ Adicionar documento				



Consentimento Informado livre e esclarecido

para procedimentos cirúrgicos e procedimentos
invasivos

Direção da Qualidade /Gabinete de Gestão do Risco

Dr.ª Adelaide Serra
Enf.ª Filomena Reis Fernandes