



## Termo de Consentimento Informado Realização de Oxigenoterapia Hiperbárica



Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_ (nome legível, completo e por extenso). Nome social \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F Data do Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Comp. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefones: Residencial: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_

Comercial (\_\_\_) \_\_\_\_\_

Declaro para todos os fins e efeitos legais que:

- Autorizo a realização do tratamento na Câmara Hiperbárica Monoplace, tendo tomado conhecimento dos médicos que compõem o corpo Clínico de que o tratamento a que me submeto consiste, em síntese, na inalação de oxigênio a 100% dentro de uma câmara hiperbárica pressurizada, com vistas ao aumento da concentração de oxigênio inalado e/ou na área lesionada. O mecanismo de ação da Oxigenioterapia hiperbárica (OHB) caracteriza-se pela elevação da pressão parcial de oxigênio nos tecidos. O principal efeito da Oxigenioterapia hiperbárica decorre do aumento da pressão de oxigênio no sangue e nos tecidos. Elevações da  $PO_2$  (pressão de oxigênio no sangue) em áreas isquêmicas podem favorecer a angiogênese (proliferação vascular) e aumentar a atividade bactericida dos leucócitos (capacidade das células de destruir bactérias).
- Estou ciente que, para sua melhor eficácia, o tratamento segue um protocolo, devendo ser realizado, em horários agendados previamente. Caso haja ausência por três dias consecutivos sem justificativa ou cinco dias consecutivos por justificativa médica, o tratamento será temporariamente suspenso até uma nova avaliação médica.
- Foram-me explicados a natureza e proposta do procedimento, os **BENEFÍCIOS**, os **RISCOS** e as **EVENTUAIS COMPLICAÇÕES** que possam ocorrer em decorrência do procedimento. Recebi as orientações referentes às **normas de segurança** e comprometo-me a realizá-las, tendo conhecimento da importância da segurança coletiva.
- Estou ciente de que durante o tratamento de Oxigenioterapia Hiperbárica devo cumprir as orientações dadas pela equipe médica da OHB, tais como:
  - Não fumar;
  - Não ingerir bebidas alcoólicas;
  - Manter a glicemia sob estrito e rígido controle (diabéticos);
  - Evitar toda situação que possa contaminar o local lesionado;
  - Realizar assepsia diária no local lesionado segundo orientação médica;
  - Não tomar banho de mar, rio ou piscina;
  - Realizar repouso quando solicitado;
  - Se indicado usar meia de compressão.
- Essas orientações não são taxativas, mas apenas exemplificativas, devendo o paciente perguntar ao médico sobre outras questões não elencadas acima e que suscitem dúvidas acerca do procedimento adequado.
- No caso de o paciente ser portador do pé diabético, o mesmo deverá trazer à Clínica, antes do início do tratamento, uma **RADIOGRAFIA DA LESÃO** e exame laboratorial de **GLICOSE** e **HEMOGLOBINA GLICOSILADA**, qual reflete o controle glicêmico nos três últimos meses.
- Durante o procedimento de Oxigenioterapia Hiperbárica o paciente portador do pé diabético deverá submeter-se, **DIARIAMENTE, A CONTROLE GLICÊMICO**, a fim de avaliar o grau e nível de controle da enfermidade, pelo paciente



## Termo de Consentimento Informado Realização de Oxigenoterapia Hiperbárica



- O tratamento com Oxigenioterapia Hiperbárica **É ADJUVANTE E NÃO EXCLUI** o acompanhamento do paciente por cirurgião vascular, endocrinologista, ou médico de outra especialidade que vinha, anteriormente, tratando-o, salvo ressalva e ou determinação por escrito do médico da OHB.
- Tendo em vista haver POUCAS contra-indicações ao consumo de medicamentos concomitante às sessões de Oxigenioterapia Hiperbárica, o paciente **DEVERÁ MANTER INALTERADA A INGESTÃO DE MEDICAMENTOS SISTÊMICOS** para controle das enfermidades que o acometiam desde antes do início do tratamento em tela, **NA FORMA COMO ORIENTADA PELO MÉDICO QUE PRESCREVEU A MEDICAÇÃO.**

Declaro que os medicamentos de uso diário são os seguintes:

---

---

---

---

### Efeitos Colaterais:

- Podem ser notadas alterações passageiras na coloração da pele, as quais tendem a desaparecer progressivamente após o término da sessão. Secura da boca e garganta também podem ocorrer.
- Durante a pressurização poderá apresentar dor de ouvido ou dor na região correspondente aos seios da face afetados (testa ou a região abaixo dos olhos), que melhoram com manobras orientadas antes de iniciar a sessão.
- A intoxicação do sistema nervoso pelo oxigênio é rara, caracterizada por alterações na visão, audição, tremores, náuseas, tonteira. Pode ocorrer sem aviso-prévio em qualquer indivíduo que esteja respirando oxigênio sob pressão. É de natureza benigna e cede em questão de minutos após a interrupção no fornecimento de oxigênio ao paciente, sem deixar sequelas.
- Em tratamentos prolongados podemos observar o aparecimento de miopia, que se reverte espontaneamente até seis semanas após o término do tratamento. Em pacientes idosos, geralmente diabéticos e já portadores de catarata, ocasionalmente podemos observar uma piora deste quadro quando o número de sessões administradas for grande, geralmente acima de 60.
- De forma a manter perspectivas de melhora com o tratamento, o paciente deverá informar à equipe médica da OHB quaisquer orientações dadas por médico externo relacionadas à alteração da medicação e do procedimento realizado paralelamente, de modo a não comprometer o tratamento de Oxigenioterapia Hiperbárica.
- Tomei conhecimento de que por não ser a medicina uma ciência exata, **FICA O MÉDICO IMPOSSIBILITADO DE GARANTIR A CURA DO PACIENTE**, através dos procedimentos aqui propostos.
- Em pacientes com pé diabético, declara-se ter sido informado ser possível, ainda que aplicada a boa técnica médica e empregado um dos melhores adjuvantes para o tratamento da lesão, que o tratamento não consiga reverter a enfermidade e o paciente seja submetido a **PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA AMPUTAÇÃO DO MEMBRO.**
- Havendo amputação de membro, fica o paciente ciente que a decisão do local e área amputada é tomada pelo médico cirurgião, não tendo a equipe de OHB qualquer responsabilidade no evento.
- Consinto que sejam feitos filmes ou fotografias durante o procedimento, inclusive de órgãos do paciente, para fins de acompanhamento ou educacionais, **TENDO A GARANTIA QUE MINHA IDENTIDADE SERÁ PRESERVADA.**
- Tenho ciência que esta autorização está sendo realizada em caráter gratuito, nada tendo a receber ou recorrer.



**Termo de Consentimento Informado  
Realização de Oxigenoterapia Hiperbárica**



- O presente documento não contém qualquer rasura ficando terminantemente proibido acrescentar a ele qualquer complementaridade. Quando for do interesse do paciente ou da equipe médica fazê-lo, será feito em adendo que passará a integrá-lo, para efeitos legais.
- O presente documento será assinado em duas vias, uma das vias ficará sob meu poder e a outra via fará parte do meu prontuário médico na OHB.
- Estou ciente sobre os termos do Art. 6º, III da Lei Federal nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor e do Código de Ética Médica, **RECEBI PREVIAMENTE E COMPREENDI PERFEITAMENTE TUDO O QUE ME FOI INFORMADO** de maneira adequada, bem clara e detalhada sobre o tratamento proposto, e estando consciente dos meus direitos, das minhas **RESPONSABILIDADES**, dos **RISCOS** e dos benefícios, , expresso que:

( ) **AUTORIZO** a realização.

( ) **NÃO AUTORIZO** a realização, estando ciente dos riscos decorrentes desta decisão.

Araraquara, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Hora da aplicação do termo: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

\_\_\_\_\_  
Assinatura paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura responsável pelo paciente  
RG \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura médico  
CRM \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_

**Testemunha:**

Nome: \_\_\_\_\_

Nome Social: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade : \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha