

Oxigenoterapia hiperbárica

Por este instrumento, eu _____

(nome legível, completo e por extenso).

Sexo: () M () F Data do Nascimento ___/___/___ Nacionalidade _____

Estado Civil _____ Profissão _____ RG _____

CPF _____ E-mail _____

Endereço: _____ N° _____ Comp. _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

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 realiza-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.
- 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.

• 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, concordando em realizar o tratamento com Oxigenioterapia Hiperbárica na OHB. Para tanto, dou meu **CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO**.

AUTORIZAÇÃO

Araraquara, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do médico

Testemunha-

Nome: _____

Sexo: M () F ()

Data de nascimento: ____/____/____

Grau de parentesco: _____

Identidade nº: _____ CPF nº _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade : _____ UF _____

Telefones: _____

Assinatura da testemunha