

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A derivação ventriculoperitoneal (DVP) é uma cirurgia indicada para tratar a hidrocefalia, condição caracterizada pelo acúmulo anormal de líquido (líquor) dentro do cérebro. O procedimento consiste na colocação de um sistema de válvula e cateteres que desviam o excesso de líquor dos ventrículos cerebrais para a cavidade abdominal (peritônio), onde é absorvido pelo organismo.

**INDICAÇÕES**

A DVP pode ser indicada em situações como: Hidrocefalia congênita ou adquirida. Obstrução da circulação do líquor (estenose do aqueduto, tumores, cistos). Hidrocefalia pós-hemorrágica ou pós-infecciosa. Hidrocefalia de pressão normal em adultos.

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Redução da pressão intracraniana. Melhora de sintomas como dor de cabeça, náuseas, sonolência, dificuldade de marcha, alterações cognitivas. Prevenção de sequelas neurológicas e risco de morte.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES**

Gerais: Infecção, sangramento, complicações anestésicas Específicos da DVP. Infecção da válvula ou meningite. Obstrução ou mau funcionamento do sistema. Drenagem excessiva, podendo causar hematomas subdurais ou colapso ventricular. Migração ou deslocamento do cateter. Necessidade de revisão cirúrgica ou troca da válvula. Persistência ou recorrência dos sintomas. Risco de morte

**ALTERNATIVAS**

Em alguns casos pode-se considerar outros tipos de derivação (ventrículo-atrial, ventrículo-pleural) ou procedimentos endoscópicos (terceiro ventriculostomia endoscópica). O tratamento clínico isolado geralmente não é suficiente para hidrocefalia progressiva.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados a DVP – Derivação ventrículo peritoneal, bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;
2. Estou ciente que DVP – Derivação ventrículo-peritoneal é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;
4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;
5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;
6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;
7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis



# **TCLE DVP – DEVIRAÇÃO VENTRICULO PERITONEAL**

CÓDIGO: FO.DT.01

ELABORAÇÃO: 01/09/2025

REVISÃO: 01/09/2027

PÁGINA: 2 de 3

pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, pode haver limitações funcionais em relação ao joelho não operado; que não há garantia de retorno ao mesmo nível de atividade esportiva praticado antes da lesão; e que os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

**8.** Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas e fisioterápicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: falha do enxerto, instabilidade residual, rigidez articular, dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

**9. Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicação que venha a apresentar no período pós-operatório;**

**10.** Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exigam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico:

**11.** Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade:

**12.** Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

**13.** Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

**14.** Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipes:

**15.** Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização da procedimento

16. Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento proposto;

**17.** Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro

**TERMO DE REVOCAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

**TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**  
Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, **RESERVO-ME** o direito de **REVOGAR** este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

**Grau de Parentesco:**

( ) paciente ( ) Responsável Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

**DEVE CERTIFICAR-SE QUE O PACIENTE FICOU INFORMADO**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que fizesse e o que se pretende.

Assinatura: CRM-MG:

TESTEMUNHAS

## **1<sup>a</sup> Testemunha**

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

CPE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



### **INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

### **ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
  - Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
  - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
  - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
  - Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

### **CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do **HEMOMINAS**.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável  
CPF: \_\_\_\_\_