

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO TUMORES DE PELE E MUCOSAS

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético, atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 de informar ao Paciente _____ e ou seu Responsável _____ quanto aos principais aspectos relacionados a **TUMORES DE PELE, SUBCUTÂNEO E MUCOSAS**, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe médica complementar e profissionais especializados.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS MAIS COMUNS

DEFINIÇÃO: Procedimento que consiste na retirada de lesões da pele e mucosa.

COMPLICAÇÕES: 1. Sangramentos; 2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue); 3. Formação de equimoses (manchas roxas); 4. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos); 5. Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico mostrar invasão na borda cirúrgica; 6. Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira; Infecção local.

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação anestésica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água. Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia. Suspender AAS ou similares 10 dias antes do procedimento.
- 3) Em caso de febre, tosse, crise alérgica ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos, em virtude de operações anteriores a sua.

INFORME A LATERALIDADE:

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE		IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: <input checked="" type="radio"/>
CIRURGIA DO MEMBRO:		
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO	
<input type="checkbox"/> Olho direito	<input type="checkbox"/> Olho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Orelha direita	<input type="checkbox"/> Orelha esquerda	
<input type="checkbox"/> Pulmão direito	<input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo	
<input type="checkbox"/> Ombro direito	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo	
<input type="checkbox"/> Braço direito	<input type="checkbox"/> Braço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Antebraço dir.	<input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Rim direito	<input type="checkbox"/> Rim esquerdo	
<input type="checkbox"/> Glúteo direito	<input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo	
<input type="checkbox"/> Coxa direita	<input type="checkbox"/> Coxa esquerda	
<input type="checkbox"/> Perna direita	<input type="checkbox"/> Perna esquerda	
<input type="checkbox"/> Joelho direito	<input type="checkbox"/> Joelho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Outros:		

PECULIARIDADES DO PACIENTE – PREENCHIDO PELO MÉDICO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **TUMORES DE PELE, SUBCUTÂNEO E MUCOSAS** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Brasília _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____,

autorizo a realização da **TUMORES DE PELE, SUBCUTÂNEO E MUCOSAS** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **TUMORES DE PELE, SUBCUTÂNEO E MUCOSAS** é a indicação neste momento para meu quadro clínico. 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.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

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 em prejuízos nos resultados.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, frente e verso.

Brasília _____ de _____ de _____ Assinatura _____

TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA 1

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA 2

NOME: _____
CPF: _____
ASSINATURA: _____