

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

EXCISÃO DE LESÕES CUTÂNEAS

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

EXCISÃO DE LESÕES CUTÂNEAS

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O procedimento é realizado sob anestesia local ou sob sedação geral venosa e consiste na remoção de lesões do tecido dérmico ou subcutâneo por meio de pequena incisão.

BENEFÍCIO

O benefício principal é a cura da doença tratada em questão.

PROBABILIDADE DE SUCESSO

A probabilidade de sucesso deste tratamento dependerá de diversos fatores como quadro clínico e comorbidades do paciente, achados inesperados no intra- operatório e demais variáveis que possam surgir durante o tratamento, entretanto a forma de tratamento proposta é a mais adequada a patologia em questão.

ALTERNATIVAS

Alternativamente a técnica de excisão de lesões com bísturi elétrico, podem ser utilizados ácidos cáusticos ou imunoterápicos locais, bem como uso nitrogênio fumegante, porém os resultados são inferiores ao tratamento proposto.

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

EXCISÃO DE LESÕES CUTÂNEAS

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E RISCOS

1. Sangramento.
2. Dor leve em intensidade com a possibilidade de uso de analgésios orais.
3. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
4. Infecção relacionada à manipulação dos tecidos abordados, ainda que rara de acontecer.

OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Possível manutenção dos sintomas e sinais da patologia e falta de controle da doença.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

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 antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ ____: ____ (hh:min)

Paciente Responsável

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

EXCISÃO DE LESÕES CUTÂNEAS

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____