

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ETIQUETA DO PACIENTE

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

**EXÉRESE DE UNHA E OU CANTOPLASTIA**

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita      ☐ Esquerda      ☐ Bilateral      ☐ Não se aplica**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A remoção de unha consiste na retirada parcial ou total da lâmina ungueal, indicada em casos de trauma, infecção, deformidade ungueal, unha encravada recorrente, alterações inflamatórias ou outras condições avaliadas pelo médico. O procedimento é realizado sob anestesia local, eventualmente associada a sedação, e pode incluir a remoção da matriz ungueal, quando clinicamente indicada.

A cantoplastia é um procedimento cirúrgico realizado para tratamento da unha encravada (onicocriptose), inflamações, infecções e outras alterações ungueais. Consiste na remoção parcial da borda lateral da unha comprometida, podendo ser associada à cauterização química ou cirúrgica da matriz ungueal, com o objetivo de prevenir recorrências. O procedimento é realizado sob anestesia local, eventualmente associada a sedação.

Descrição adicional do procedimento:

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

O procedimento visa contribuir com a melhora clínica contribuindo com elucidação diagnóstica e/ou intervenção terapêutica. O tratamento cirúrgico não garante cura da condição que levou à realização do procedimento.

Os principais benefícios esperados incluem alívio da dor e desconforto e prevenção de complicações futuras. Os resultados podem variar de pessoa para pessoa e a melhora pode ser temporária ou duradoura, a depender do caso clínico

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE****TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO**

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Entre estas medidas foram considerados o tratamento clínico, medicamentoso e curativos.

A não realização do procedimento pode gerar persistência dos sintomas, agravamento da infecção ou inflamação, deformidades permanentes da unha, comprometimento funcional da região afetada e/ou necessidade de intervenções mais complexas futuramente.

Alternativas e consequências adicionais:

**RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO**

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são:

- Dor pós-procedimento;
- Sangramento/hematoma;
- Edema (inchaço);
- Infecção;
- Reações alérgicas aos medicamentos ou anestésicos utilizados;
- Alteração temporária ou permanente do crescimento da unha;
- Cicatrização inadequada;
- Necessidade de novo procedimento.

Fui orientado(a) de que, ao surgirem sinais como dor intensa, febre, vermelhidão importante ou inchaço progressivo, devo procurar atendimento médico imediatamente.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE****TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

**REABILITAÇÃO**

Fui informado de que, após o procedimento, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação

Orientações adicionais de reabilitação:

**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 exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

--

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE****TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

[ ☐ ] **SIM** [ ☐ ] **NÃO** - 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.

--

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

|                 |    |                                                                                                                 |
|-----------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____           | ou | _____                                                                                                           |
| <b>Paciente</b> |    | <b>Responsável</b>                                                                                              |
|                 |    | <i>Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento</i> |
|                 |    | Nome: _____                                                                                                     |
|                 |    | RG: _____ Parentesco: _____                                                                                     |

**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.

**Assinatura e  
Nome do Médico / CRM**