

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:

LESÃO DE PELE

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A excisão cirúrgica é uma das opções terapêuticas mais utilizadas para tratar das lesões de pele. Tanto lesões benignas quanto neoplasias de pele são tratadas com técnicas cirúrgicas semelhantes. Algumas vezes, se retira a lesão e o diagnóstico é feito posteriormente com o exame histopatológico da lesão retirada. Quando já se tem o diagnóstico de câncer de pele, objetivo da cirurgia passa a ser, portanto, a remoção cirúrgica da lesão com margens de tecido saudável. Pode ser eventualmente necessário remover também gânglios (linfonodos) da região.

A excisão cirúrgica, no caso das lesões benignas, embora seja um procedimento relativamente mais simples, requer a retirada da lesão e reconstrução da pele saudável. Nos casos de câncer de pele, as margens da retirada da lesão precisam estar livres de células de câncer, o que muitas vezes só pode ser identificado na avaliação histopatológica após a ressecção cirúrgica. Em alguns casos, é necessário uma nova cirurgia para obter margem cirúrgicas livres de células do câncer.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

A retirada da lesão contribui para elucidação diagnóstica, com envio do material para avaliação por patologista, além de ser parte do tratamento. No caso de lesões benignas, a retirada da lesão em sua integridade habitualmente já configura o tratamento completo. No caso de lesões malignas a retirada da lesão pode ser parte de um tratamento multidisciplinar envolvendo outras modalidades ou mesmo outros procedimentos cirúrgicos.

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 (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

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 à cirurgia são:

Cicatrizes inestéticas ou patológicas: toda cirurgia implica na formação de cicatrizes, o(a) cirurgião(ã) usará todas as técnicas disponíveis para tratar a lesão ou o câncer de pele sem mudar radicalmente a sua aparência estética..

Mesmo com a melhor das técnicas cirúrgicas usadas, podem haver complicações relacionadas ao procedimento cirúrgico como infecções, hematomas (rouxidão na pele) dificuldade de cicatrização, abertura dos pontos ou formação de cicatrizes hipertróficas (quelóides), recidiva da lesão retirada.

Tratar o câncer de pele pode resultar em cicatrizes ou desfiguração. Depois de remover o tumor, pode haver a necessidade de reconstruir o local afetado. A reconstrução, então, pode ser utilizada de acordo com as características do tumor apresentado e conforme as orientações precisas do cirurgião oncológico responsável pelo tratamento.

Quando o câncer de pele apresentar disseminação evidente ou alto risco de disseminação para os linfonodos, está indicada também a remoção cirúrgica dos gânglios linfáticos próximos à região afetada: Nessa situação, a cirurgia é feita de acordo com as particularidades da disseminação da doença. Isso depende tanto da área do corpo afetada como da possibilidade de encontrar gânglios adicionais que também contenham células do melanoma. Pode também ser necessária a realização de uma biópsia do linfonodo para identificar a disseminação do melanoma.

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.

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:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

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

Fui informado de que, após a cirurgia, 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.

--

[] 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).

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

_____ OU _____
Paciente **Responsável**

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

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