



## TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento particular o (a) paciente ou seu responsável Sr.(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM-TO \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “EXÉRESE DE TUMORES/NÓDULOS DE PARTES MOLES, EXTENSOS FERIMENTOS, COM OU SEM ROTAÇÃO DE RETALHOS FÁSCIO CUTÂNEOS”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declara, assim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** tumores envolvendo pele, partes moles superficiais ou profundas, de natureza incerta (benigna ou maligna) com ou sem crescimento, sintomáticos ou não.

### INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- Dor relacionada a lesão.
- Ressecção ampla quando tumor sabidamente maligno ou com potencial de recidiva (retorno da lesão)
- Tumoração de natureza incerta com indicação de excisão total, com ou sem crescimento.
- Infecção crônica relacionada a lesão.

### COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, acúmulo de líquido na cicatriz, formação de hematomas, comum, com necessidade de tratamento medicamentoso ou cirúrgico/drenagem local. Complicações de incisões (dos cortes) são mais frequentes nos pacientes com diabetes mellitus mal controlada, fumantes, obesos (índice de massa corporal maior que 30).
2. Sangramento com necessidade de reoperação precoce para controle.
3. Recidiva da doença, conforme natureza histopatológica.
4. Complicações cardíológicas, respiratórias, pulmonares, trombozes, embolia pulmonar, são pouco comuns em pacientes de baixo risco cirúrgico, sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas. A morte em cirurgias eletivas, em pacientes sem doenças ou com doenças controladas com tratamento é um evento muito raro.



5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), eventualmente dolorosas, alterações da sensibilidade regional quando houver comprometimento de nervos locais.

#### **Infecção relacionada à assistência à saúde:**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Declara estar ciente e de acordo que, quando houver retirada de material [órgão(s) ou parte de órgão(s) amostras de tecidos ou líquidos] pelo médico responsável pelo procedimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) será enviado para exames de Patologia Clínica.

Declara ainda que o responsável por este laboratório, a partir do comprovado recebimento de seu material, assumirá a responsabilidade pelo transporte adequado e seguro do mesmo. Que fique sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido pelo SUS).

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Palmas - TO \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

CRM- TO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_