|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  Serviço de Cirurgia Plástica  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, sob supervisão do(a) Dr(a)      ,realizarem o procedimento proposto -     - como forma de tratamento para      . O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e a evolução esperada no pós-operatória. Foi dada oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante a cirurgia existem outras que podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardio. Compreendo o fato de que sempre haverá risco de vida em qualquer procedimento médico, independente da sua extensão ou gravidade.  Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:   1. Complicações técnicas durante a cirurgia que impeçam a sua realização. 2. Suspensão da cirurgia por impossibilidade na realização da anestesia ou por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico. 3. Dor no período pós-operatório requerendo medicamentos analgésicos. 4. Inchaço, manchas na pele, descoloração, pigmentação e perda parcial ou total da sensibilidade nas áreas operadas. 5. Possibilidade de acúmulo de sangue/secreções ou infecção na área operada, necessitando de drenagem e/ou aspiração, curativos cirúrgicos e até mesmo cirurgias reparadoras como forma de tratamento. 6. Perda da vitalidade biológica em áreas cutâneas por redução na vascularização sanguínea, levando a alterações na pele (necrose da pele), que serão reparáveis apenas mediante nova(s) cirurgia(s) e, muitas vezes, com resultados apenas paliativos. 7. Dano nervoso com conseqüente paralisia em diversos graus, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. 8. Limitação das atividades habituais. 9. Possibilidade de permanecer com um dreno para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue. 10. Necessidade de cirurgias complementares de maior ou menor porte apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais envolvidos no procedimento. 11. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns. Estas intercorrências podem permanecer por um período de tempo indeterminado: eventualmente por dias ou semanas, menos freqüentemente por meses e, mais raramente, serão permanentes.  Reconheço que como consequência da cirurgia haverá uma cicatriz permanente, sendo que todos os esforços para encobri-la e/ou diminuí-la serão tomados, buscando torná-la menos evidente possível.  Reconheço também que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daquele que foi descrito anteriormente neste consentimento,incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.  Autorizo ainda que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.  Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo igualmente que imagens do procedimento e de exames complementares, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei cooperar com os médicos responsáveis pelo tratamento até o restabelecimento completo, aceitando e observando as recomendações que me forem dadas oralmente ou por escrito. Estou ciente também que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  **CONCLUSÃO**  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico e da cirurgia plástica é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca do resultado desejado. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica, que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /     .  Nome (em letra de forma) do paciente ou responsável:    Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Cirurgia Plástica** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-470FE – gráfica hcpa – mar23**