

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO EXERESE DE APÊNDICE PRÉ-AURICULAR

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico **EXERESE DE APÊNDICE PRÉ-AURICULAR**, que tem por finalidade RETIRAR O DEFEITO DE PELE DA REGIÃO DA ORELHA.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável do paciente.

Eu, _____, documento de identificação n.º _____ (grau de parentesco: _____).

Declaro que:

- Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:
 - Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local.
 - Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
 - Febre e/ou infecção local com saída de pus.
 - Abertura dos pontos.
 - Cicatriz grosseira e elevada, conhecida como cicatriz hipertrófica ou quelóide.
 - Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
- Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável.
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento.
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável: _____

Testemunhas:

Assinatura: _____ Nome: _____

CPF n.º: _____

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20__. Hora: _____

Assinatura e carimbo: _____