



GRUPOIMNE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO EXERESE DE CISTO, FÍSTULA OU SINUS BRANQUIAL

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 Invasivo **EXERESE DE CISTO, FÍSTULA OU SINUS BRANQUIAL**, que tem por finalidade CORRIGIR A LESÃO (CISTO, FÍSTULA OU SINUS) COM RETIRADA DA MESMA.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável.

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

Declaro que:

1. Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:
 - a) Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local.
 - b) Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
 - c) Febre e/ou infecção local com saída de pus.
 - d) Abertura dos pontos.
 - e) Cicatriz grosseira e elevada, conhecida como cicatriz hipertrófica ou queoloide.
 - f) Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
 - g) Se refizer o cisto, fistula ou sinus, o que pode ocorrer vários meses após a cirurgia, necessitará de novo procedimento cirúrgico.
2. Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável.
3. Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**.
5. 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.
6. 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 Goyatacazes, _____ 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 Goyatacazes, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Assinatura e carimbo: _____

Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia - CNPJ 29.251.097/0001-97

Rua Conselheiro Otaviano, nº 129 - Centro

Campos dos Goyatacazes/RJ - (22) 2737-1500