



GRUPO **IMNE**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Data:** Dezembro/2022    **Versão:** 002

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_

**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

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 (a) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM-\_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**MASTOPLASTIA EM MAMA OPOSTA APÓS RECONSTRUÇÃO**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 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:** consiste na realização de cirurgia corretora da mama sadia, para melhorar a simetria entre as duas mamas.

## **COMPLICAÇÕES:**

1. Sangramentos.
  2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas).
  3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos).
  4. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
  5. Infecção.
  6. Seromas (Acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso).
  7. Saída do dreno.
  8. Formação de áreas de necrose gordurosa.

**CBHPM – 3.06.02.17-3**

CID – N64.8

## **Infecção relacionada à assistência á 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:



GRUPOIMNE

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Data:** Dezembro/2022    **Versão:** 002

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_

**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

- 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.

Declaro 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).

Declaro, 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.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar 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.**

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**Ass. Paciente e/ou Responsável**

Nome:

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

Ass. Médico Assistente

Nome:

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: Dezembro/2022 Versão: 002

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	/ /
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:** Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

