

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

Data: Setembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo: _____
Nome Social: _____
Gênero: _____ D.N.: ____/____/____
Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____
Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

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

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 _____.

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.

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

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

Data: Setembro/2022 **Versão:** 002

Nome Completo: _____

Nome Social: _____

Gênero: _____ D.N.: ____/____/____

Nº Atendimento: _____ Leito/Andar: _____

Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui

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.

