



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

GRUPOIMNE

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:

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 queixoide.
 - f) Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
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 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

GRUPOIMNE

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.

