

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

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 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 queijoide.
  - 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, comprehendi 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.

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

**Data:** Setembro/2022 **Versão:** 002

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

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

**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.

