

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 **POSTECTOMIA**, que tem por finalidade **RETIRAR O EXCESSO DE PELE DO PÊNIS E CORRIGIR A FIMOSE COM PONTOS OU COLOCAÇÃO DE ANEL PLÁSTICO**.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável do paciente.

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 local, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma.
 - b) Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
 - c) Infecção local com saída de pus.
 - d) Abertura dos pontos.
 - e) Se refizer a fimose, haverá necessidade de novo procedimento cirúrgico.
 - f) Possibilidade da retirada de toda a pele que recobre a cabeça do pênis.
 - g) Possibilidade da retirada do anel plástico colocado na cirurgia por deslocamento ou infecção do mesmo.
 - h) Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
 2. Informe 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.

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 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.