

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – CONIZAÇÃO

DECLARANTE

Nome:

Idade: : Data Nascimento:/...../.....

Endereço: :

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor: :

Data de emissão: : CPF:

☐

Paciente

☐

Representante legal

☐

Representante familiar

☐

Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor:

Data de emissão: CPF:

DECLARO

Que o Doutor:

Nome:

CRM n.º:

Instituição:

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado proceder CONIZAÇÃO.

Esclareceu-me que:

- 1) A conização requer anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
- 2) Toda peça operatória ou material extirpado será enviado para completar o estudo anatomopatológico.
- 3) Toda intervenção cirúrgica, seja pela própria técnica cirúrgica seja pelas condições clínicas de cada paciente (diabetes, cardiopatia, hipertensão, idade avançada, anemia, obesidade, entre outros) traz implícita uma série de complicações comuns e potencialmente sérias que poderão exigir tratamentos complementares, tanto médico como cirúrgicos, assim como um mínimo percentual de mortalidade.
- 4) As complicações da intervenção cirúrgica podem ser:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – CONIZAÇÃO

- Infecções com possibilidade de evolução febril;
- Hemorragias com a possível necessidade de transfusão sanguínea (intra ou pós-operatória);
- Fístulas.

5) Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições

CONSINTO

Que se realize a CONIZAÇÃO proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF:

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF: