

TERMO DE CONSENTIMENTO - VARIZES

Por meio deste documento, eu, _____, declaro, para todos os fins legais, especialmente em relação ao art. 39, VI, da lei 8.078/90, que dou plena autorização ao médico Dr. _____, CRM MG _____, e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado varicectomia e todos os procedimentos que o integram e que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médico-cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

Declaro ter plena consciência de se tratar de um procedimento propedêutico ou terapêutico cirúrgico destinado a melhorar a circulação dos órgãos ou membros parcialmente ou totalmente ocluídos, tratando-se de um procedimento invasivo com riscos próprios, como o insucesso pela impossibilidade de ser realizado o tratamento proposto, a oclusão aguda vascular devido à dissecação ou a trombose, podendo desencadear gangrena e posterior amputação.

Declaro, ainda, que estou ciente dos raros, porém possíveis riscos envolvidos ou consequentes aos procedimentos, tais como reações alérgicas, infecções cirúrgicas, infecções de próteses, riscos estes em sua maioria minimizados pela perícia médica, mas não necessariamente abolidos, já que podem ser características próprias do paciente.

Declaro ainda que posso desistir da realização do procedimento em qualquer tempo.

Por fim, volto a declarar que estou plenamente satisfeito quanto ao esclarecimento das minhas dúvidas e questões, o que foi feito em linguagem clara, acessível e precisa pelo cirurgião e sua equipe. Assim sendo, tendo ouvido e lido as explicações sobre os objetivos, riscos e complicações mais comuns da Cirurgia de VARIZES, autorizo expressamente a realização deste procedimento em minha pessoa.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do paciente ou Responsável

Assinatura e carimbo do Médico