

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Telefone:() _____

Nome da mãe: _____

PROCEDIMENTO :

Trata-se do tratamento cirúrgico designado CALÁZIO, o qual se caracteriza como a drenagem cirúrgica realizado sob anestesia local via transconjuntival, ou seja, o corte é feito pela porção interna da pálpebra, sem deixar cicatrizes aparentes e sem a necessidade de sutura.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Drenar a substância responsável pela inflamação, eliminando a lesão.

ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS CIRÚRGICAS

Previamente à realização da cirurgia, o paciente deverá realizar e apresentar todos os exames necessários, tais como exame de sangue e eletrocardiograma, além da consulta pré-anestésica, visando verificar se poderá ser submetido ao procedimento. Ainda, deverá realizar jejum de 08 horas ao horário agendado para realização da cirurgia.

Após a realização do procedimento, o paciente deverá seguir estritamente as orientações do médico quanto à necessidade de repouso, utilização da medicação ministrada e higienização do local.

RISCOS

Os riscos mais comuns associados a este procedimento são: inchaço palpebral e hematomas no pós-operatório. Ressalta-se, ainda, que pode ocorrer a hipocorreção, ou seja, a retirada menor do que o necessário, havendo a necessidade de um retoque ou nova cirurgia.

DÚVIDAS DO PACIENTE

Após a conversa com seu médico e leitura deste termo, restou alguma dúvida a ser esclarecida? SIM () NÃO ()
Qual?

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____,

paciente do Dr. _____, inscrito no CRMMG sob o nº _____, declaro ter recebido todas as informações de meu médico acerca do procedimento ao qual serei submetido, seu objetivo, seus riscos e os cuidados que verei observar antes e após a cirurgia, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei 8078/90, estando ciente de que a observância destes cuidados é fundamental para que se possa atingir o objetivo deste procedimento.

Declaro, ainda, estar ciente de que o resultado do procedimento pode ser diferente da minha expectativa inicial, uma vez que o dever do médico é dispor de todos os meios necessários para alcançar o resultado de seu trabalho, não havendo qualquer certeza ou garantir de estes resultados serão de fato alcançados.

Declaro, por fim, que não possuo qualquer outra dúvida e que estou me submetendo a este procedimento por livre e espontânea vontade, ficando reservado meu direito de desistir a qualquer tempo.

Belo Horizonte, _____

Assinatura do paciente: _____

Assinatura do médico: _____