



TERMO DE CONSENTIMENTO - CALÁZIO

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 deverei 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 que informei ao profissional em meu prontuário ou no documento Ficha do Paciente sobre o uso de drogas (orais ou por outra via), alergias, tabagismo, uso de medicamentos como aspirina, remédios para resfriados, vitaminas, narcóticos, suplementos herbáceos, medicamentos para pressão, medicamentos para emagrecimento ou controle do peso (incluindo canetas emagrecedoras e medicamentos da classe dos agonistas do receptor de GLP-1), bem como outras informações pertinentes à minha saúde.

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: _____