

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Nome do paciente: _____

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

Nome da mãe: _____

Nome do representante legal: _____

CPF: _____ RG: _____ Telefone: () _____

PROCEDIMENTO:

Trata-se de procedimento cirúrgico para remoção de pequenos tumores faciais e mucosas. Os cistos sebáceos são nódulos benignos de tamanhos variados, únicos ou múltiplos, com coloração normal, esbranquiçada ou amarelada. Quando ficam inflamados, podem causar dor e deixar a pele vermelha. O tratamento é indicado para os casos em que os cistos crescem rapidamente, rompem-se, liberando um líquido amarelado, e por questões estéticas. Os pequenos tumores faciais são formações de tecido localizadas nas diversas camadas da pele, podendo ser benignos ou malignos. A exérese é um procedimento cirúrgico de remoção de uma dessas lesões da pele e mucosas por meio do corte da pele ao redor.

OBJETIVO DO PROCEDIMENTO

Remover as lesões de pele. Em casos de câncer de pele, recomenda-se que seja feita no caso de lesões bem delimitadas.

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 associados a este procedimento são: sangramentos com necessidade de transfusão; formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas); soltura dos pontos; necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico apresentar invasão na borda cirúrgica; possibilidade de formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CONSENTIMENTO QUANTO AO ARMAZENAMENTO E ENVIO DE ANATOMO PATOLÓGICO

Estou ciente e transfiro a responsabilidade legal ao Centro Médico Hospitalar Integrado em armazenar e enviar minha peça ao anátomo patológico, conforme documento de Controle de Material de Anátomo Patológico, baseado nas normas do Ministério da Saúde, na Resolução 2074/2014 do CFM e nas normas da Sociedade Brasileira de Patologia.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, paciente do(a) Dr(a). _____,

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, assim como a respeito dos métodos terapêuticos alternativos, conforme estabelece o Código de Ética Médica e a Lei nº 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.

Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados pelo médico, oralmente ou por escrito, pois, do contrário, poderei por minha vida, saúde ou bem-estar em perigo, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes. Estou ciente de que devo buscar imediatamente atendimento médico, caso verifique a ocorrência de qualquer sintoma que seja diverso da normalidade, tais como febre, sangramento, tontura, abertura dos pontos ou dor.

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 estar ciente de que os resultados da cirurgia são variáveis, pois estes dependem de fatores tais como minhas características fisiológicas, minhas condições clínicas pré-procedimento, da ausência de intercorrência durante o procedimento e da observação dos cuidados pós-procedimento.

Compreendi que durante o tratamento pode ser necessário o uso de equipamentos ou instrumentos de observação invasivos. Foram explicados em detalhes os riscos e benefícios associados com esse tipo de monitoramento.

Tenho conhecimento que qualquer omissão da minha parte poder-me-á trazer prejuízos, comprometer o tratamento ao qual me submeto, causar sequelas ou acarretar danos à minha saúde.

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, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente ou Responsável:

Assinatura do médico:
