



# Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Postectomia

24 horas



Tipo de atendimento: ( ) Particular / ( ) Convênio

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome do Médico:	CRM:
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Data Nasc.:
Endereço:	Telefone:
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (NO CASO DE PACIENTE MENOR DE IDADE, INCAPACITADO DO DISCERNIMENTO OU QUE, CONFORME A EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, VIER A FICAR INCAPACITADO).	
Nome:	
Endereço:	Telefone:
CPF:	RG:

Por este instrumento particular o (a) paciente descrito acima ou seu responsável, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "Postectomia", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** retirada de excesso de prepúcio do pênis como forma de tratamento da redundância de prepúcio, fimose, parafimose ou balanopostite de repetição.

## COMPLICAÇÕES:

Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações, mas essas são raras:

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula;
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos;
5. Edema, hematoma ou linfedema;
6. Necrose da pele e/ou da glândula;
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), dentre outras.

CBHPM – \_\_\_\_\_

CID- \_\_\_\_\_

## Infecção relacionada à assistência à saúde:

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a)

desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Barra do Piraí-RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) paciente)

No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou não possa assinar este documento.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do responsável)

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Barra do Piraí-RJ, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do(a) médico(a) responsável

1º via: Médico responsável | 2º via: Hospital (entregar na internação) | 3º via: Paciente

#### **Código de Ética Médica**

**Art. 22.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

#### **Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:**

**Art. 9º** - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas:

VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.