

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES DO MEMBRO INFERIOR

Nome: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ETIQUETA

1. Fui informado(a) pela equipe médica de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões), diagnósticos e/ou hipótese(s) diagnósticas: **Insuficiência venosa crônica associada a varizes do(s) membro(s) inferior(es)**.

2. A equipe médica me explicou o procedimento planejado a que serei submetido bem como sua proposta como forma de tratamento da doença atual e esse será a realização de:

3. O procedimento tem como objetivo corrigir refluxo venoso dos membros inferiores por meio da retirada de veias incompetentes.

4. Fui informado que as complicações podem ocorrer antes, durante e após o procedimento sendo listado abaixo somente algumas complicações deste procedimento e que outras mais raras não serão citadas: equimoses difusas ("roxos"); hematomas; hiperpigmentação (escurecimento) da pele ou presença de eritema (vermelhidão); aparecimento de telangectasias (microvarizes); sangramento ao nível das incisões; edema (inchaço) pós-operatório; flebite de veias superficiais (inflamação das veias); linforrêia (secreção de linfa pela cicatrizes); linfocele (acúmulo de linfa abaixo da pele); linfedema: (inchaço persistente), lesão de nervos; infecção; reações alérgicas de maior ou menor gravidade; lesões arteriais; trombose venosa profunda; (formação de coágulos nas veias); varizes recidivadas (novas varizes que podem se formar); formação de quelóides e/ou cicatrizes hipertróficas, embolia pulmonar (coágulos que migram para vasos pulmonares).

5. Tenho ciência de que, apesar da evolução da medicina e da perícia do médico, não existe qualquer garantia de resultado do tratamento e que todo tipo de procedimento cirúrgico pode ter complicações inesperadas, risco de sequelas graves, incapacidade permanente e até de morte.

6. Estou ciente de que, durante o procedimento, poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) anteriormente assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis). Sendo assim, o médico responsável poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto, utilizar de auxílio de outros especialistas e, eventualmente, poderá ser necessário a realização de novos exames, a aplicação de medicamentos e até transfusão sanguínea, conforme o caso.

7. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, aos tratamentos alternativos e às possibilidades de ter os resultados esperados. Também recebi todas as explicações quanto a quaisquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e aos riscos que existem em não realizar o procedimento.

8. Prestei ao médico todas as informações relativas à saúde e hábitos do paciente, presentes e passados, clínicas e cirúrgicas, inclusive as medicações em uso ou já utilizadas, e fui avisado que qualquer omissão ou informação incorreta pode implicar em risco de complicações;

9. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

10. Autorizo a documentação do tratamento que poderá ser utilizado com finalidade científica, obedecendo-se o sigilo imposto pela legislação vigente.

11. Fui informado(a) que posso revogar ou modificar o consentimento a qualquer tempo, sem que resulte qualquer desvantagem ou prejuízo, com exceção quando já iniciado o procedimento médico, e a revogação puder implicar possibilidade de dano, risco ou qualquer tipo de prejuízo ao paciente.

12. Esta autorização é dada ao(à) médico(a) responsável abaixo bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação.

**13. Finalmente, declaro 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, expresse meu pleno consentimento para sua realização.**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

- Paciente
- Responsável

Nome Legível: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_

Itajubá/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em atuação em emergência, dois médicos deverão assinar)**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, bem como sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles(s). De acordo com meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, estão em condições de compreender o que lhe(s) foi informado.

Itajubá/MG, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico / N° CRM

\_\_\_\_\_  
Médico / N° CRM

Cód.: TCLE-VASC-0007