

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXERESE DE APÊNDICE PRÉ-AURICULAR

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico **EXERESE DE APÊNDICE PRÉ-AURICULAR**, que tem por finalidade **RETIRAR O DEFEITO DE PELE DA REGIÃO DA ORELHA**.

Declaro que:

- Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes **complicações**:
 - ✓ Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local;
 - ✓ Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia;
 - ✓ Febre e/ou infecção local com saída de pus;
 - ✓ Abertura dos pontos;
 - ✓ Cicatriz grosseira e elevada, conhecida como cicatriz hipertrófica ou quelóide;
 - ✓ Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
- Informe aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável;
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento;
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**;
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto;
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____
RG/CPF: _____

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome/RG

Nome/RG

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EXERESE DE
APÊNDICE PRÉ-AURICULAR**

