

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, 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-_____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “GINECOMASTIA”, 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 nos arts. 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: consiste na retirada da glândula mamária masculina em função do crescimento exagerado do mesmo.

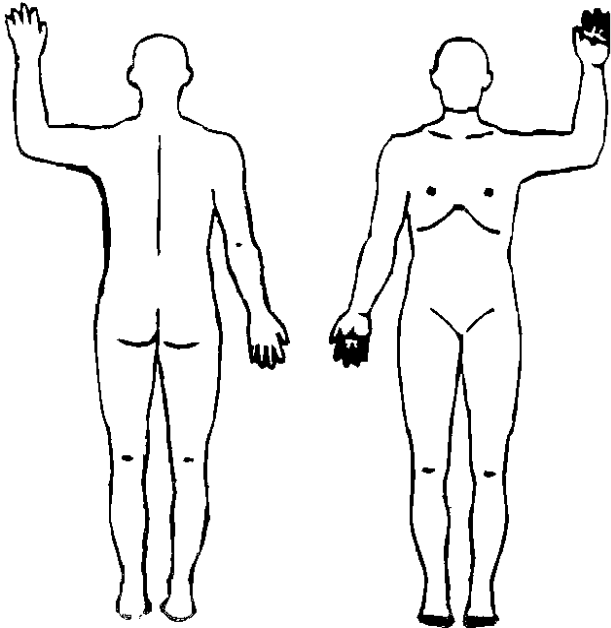
COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos.
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas).
3. Deiscência da sutura (soltam-se os pontos).
4. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
5. Infecção.
6. Seromas (Acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso).
7. Saída do dreno.

CBHPM: 3.06.02.11-4 CID: D24.X/ M99.8

Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado:

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE	
CIRURGIA DO MEMBRO:	
LADO DIREITO	LADO ESQUERDO
<input type="checkbox"/> Olho direito	<input type="checkbox"/> Olho esquerdo
<input type="checkbox"/> Orelha direita	<input type="checkbox"/> Orelha esquerda
<input type="checkbox"/> Pulmão direito	<input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo
<input type="checkbox"/> Ombro direito	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo
<input type="checkbox"/> Braço direito	<input type="checkbox"/> Braço esquerdo
<input type="checkbox"/> Antebraço dir.	<input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo
<input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual:
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Rim direito	<input type="checkbox"/> Rim esquerdo
<input type="checkbox"/> Glúteo direito	<input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo
<input type="checkbox"/> Coxa direita	<input type="checkbox"/> Coxa esquerda
<input type="checkbox"/> Perna direita	<input type="checkbox"/> Perna esquerda
<input type="checkbox"/> Joelho direito	<input type="checkbox"/> Joelho esquerdo
<input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual:
<input type="checkbox"/> Outros:	



Infe33o relacionada 33 assist33ncia 33 sa33de

A legisla33o nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comiss33o e um programa de preven33o de infe333es relacionadas 33 assist33ncia 33 sa33de.

De acordo com a Ag33ncia nacional de Vigil33ncia sanit33ria (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceit33veis de infe33o para cada potencial de contamina33o cir33rgica s33o:

- Cirurgias limpas: at33 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: at33 10%
- Cirurgias contaminadas: at33 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas poss33veis para a preven33o de infe333es, tanto por parte do cirurg33o e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informa333es contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instru333es fornecidas pelo(a) m33dico(a), estando ciente de que sua n33o observ33ncia poder33 acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **n33o assegura a garantia de cura**, e que a evolu33o da doen33a e do tratamento podem obrigar o (a) m33dico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde j33, a tomar provid33ncias necess33rias para tentar a solu33o dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de m33todos terap33uticos alternativos e estar atendido em suas d33vidas e quest33es, atrav33s de linguagem clara e acess33vel.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explica333es sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICA333ES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realiza33o.

Chapec33 (SC) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Respons33vel

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____

UF: _____

C33digo de 33tica M33dica - Art. 22. 33 vedado ao m33dico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal ap33s esclarec33-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. 33 vedado ao m33dico deixar de informar ao paciente o diagn33stico, o progn33stico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunica33o direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunica33o a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - C33digo Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 933 - O fornecedor de produtos ou servi33os potencialmente perigosos 33 sa33de ou seguran33a dever33 informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prej33zo da ado33o de outras medidas cab33veis em cada caso concreto. **Art. 3933** - 33 vedado ao fornecedor de produtos ou servi33os dentre outras pr33ticas abusivas: VI - executar servi33os sem a pr33via elabora33o de or33amento e autoriza33o expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de pr33ticas anteriores entre as partes.