Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente o 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 “**RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COM RETALHOS CUTÂNEOS REGIONAIS**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, 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, especialmente quanto ao que segue:

**DEFINIÇÃO:** reconstrução parcial ou total da mama com retalhos autólogos.

**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.

8. Necroses parciais ou totais dos retalhos.

9. Abaulamentos abdominais.

10. Extrusão da tela abdominal.

11. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

**CBHPM** – 3.06.02.24-6 **CID** – C50.9

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Unimed Noroeste/RS adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda 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, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

**Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, AUTORIZO de forma expressa sua realização.**

Ijuí/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. Paciente e/ou Responsável  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG/CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. Medico Assistente  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**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 danos, 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.