

CONSENTIMENTO INFORMADO

HEMORROIDECTOMIA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade n°: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia a que vou me submeter será a de HEMORROIDECTOMIA.

DEFINIÇÃO: hemorroidas são veias dilatadas localizadas no reto distal, que podem causar dor e sangramento. Em 10 a 20% dos casos, necessitam tratamento cirúrgico, sendo a técnica aberta (não se dá pontos) a mais utilizada, ocorrendo cicatrização espontaneamente.

COMPLICAÇÕES:

Complicações que podem surgir com o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária incluem: Dor, muitas vezes de difícil controle, mesmo com uso de analgésicos; retenção urinária; infecção urinária; constipação; impactação fecal; hemorragia; infecção; abscesso; necessidade de reoperação; edema; plicomas anais; prolapso mucoso; ectrópio mucoso; estenose anal; estenose retal; fissura anal; pseudopólipos; cistos epidérmicos; fístula anal; fístula reto vaginal; prurido anal; incontinência anal, podendo ser transitória ou definitiva; hemorroidas recorrentes (recidiva) e tempo prolongado de cicatrização da ferida operatória. Existem ainda a possibilidade de complicações sistêmicas que estão relacionadas a qualquer procedimento cirúrgico, entre elas estão infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica transitória, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Sangramento com necessidade de transfusão.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo
Termo de Consentimento