

CONSENTIMENTO INFORMADO

PARA CIRURGIA DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES

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 nº: _____ Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a CIRURGIA DE VARIZES DE MEMBROS INFERIORES.

Fui informado (a) do meu diagnóstico e que o tratamento pode não ser definitivo e recebi as instruções relativas ao pré e pós-operatório. O objetivo do tratamento é a melhoria da circulação sanguínea. A anestesia é feita por anestesista autônomo, sendo o seu ato médico totalmente destacado do cirurgião.

Estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais frequentes: manchas hipercrômicas (escuras) ou hipocrômicas (claras), cicatrizes inestéticas, hematomas, reação alérgica a medicamentos, varizes residuais, distúrbios da sensibilidade da pele, alergia cutânea, trombose venosa superficial ou profunda, edema (inchaço) temporário ou permanente de membros inferiores, infecção, lesões nervosas.

Havendo complicações da cirurgia autorizo o cirurgião a chamar outros especialistas, conforme o caso.

Fui informado (a) da necessidade de tratamentos posteriores à cirurgia, escleroterapia (“aplicações”) e acompanhamento angiológico regular.

Declaro que além das informações constantes neste Termo fui esclarecido (a) verbalmente pelo médico a respeito do meu tratamento onde pude dirimir minhas dúvidas.

Estou ciente que em caso de intercorrência durante a cirurgia o médico poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto ou alterar a técnica original, e de usar todos os meios disponíveis que estão ao seu alcance em meu favor, especialmente em caso de iminente risco de morte.

Em face das informações prestadas de forma antecipada, tendo sido esclarecido em todos meus questionamentos de forma clara e satisfatória e após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, cientificado (a) do procedimento e condutas a serem adotadas, assim como de suas limitações, efeitos colaterais e complicações, informo meu CONSENTIMENTO de aceitação de atendimento médico-hospitalar proposto e contido neste documento.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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