

CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DE VARIZES

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 estar devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a CIRURGIA DE VARIZES.

DEFINIÇÃO: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior (es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante.

INDICAÇÕES: a cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo.

TIPOS DE TRATAMENTO CIRÚRGICO: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa), ligadura de perforantes e exérese de veias varicosas.

COMPLICAÇÕES:

1. Equimoses difusas (roxos);
2. Hematomas: (coleções localizadas de sangue);
3. Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão);
4. Aparecimento de telangectasias (microvarizes);
5. Sangramento ao nível das incisões;
6. Edema (inchaço) pós-operatório;
7. Flebite de uma veia superficial;
8. Linforrécia (secreção de linfa pela cicatrizes);
9. Linfocele (pequeno nódulo);
10. Linfedema: (inchaço persistente),
11. Lesão de nervos (é relativamente freqüente);
12. Infecção;
13. Lesões arteriais;

14. Lesões de grandes veias;
15. Trombose venosa profunda (formação de coágulos de sangue nas veias profundas);
16. Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão);
17. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

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