

DRA. DENISE PICCIOLI NEVES

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO PÓS-INFORMADO

Contrato de Decisão e Ordem Antecipada de Tratamento e Cuidados Médicos

1. Por determinação explícita de minha vontade e, em consideração ao meu interesse pessoal, eu

_____, RG
nº _____ por este termo, autorizo a Dra. DENISE
PICCIOOLI NEVES, CREMESP nº 88245, e todos os demais profissionais
vinculados à minha assistência, a realizar o procedimento cirúrgico denominado
cientificamente como _____
_____ e conhecido em
termos leigos como _____
_____, bem como proceder aos
cuidados e tratamentos médicos decorrentes, que por ventura se façam
necessários.

2. Estou ciente que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano;

3. Entendo que o médico cirurgião e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos à sua disposição para tentar, com sua técnica, atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por estar consciente de que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível prever resultados em quaisquer práticas cirúrgicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias absolutas de resultados, pois estes dependem de fatores como: características fisiológicas, condições clínicas pré-cirúrgicas, ausência de intercorrências e observação dos cuidados pré e pós-operatórios.

4. Estou ciente de que sempre existirão riscos de complicação em qualquer procedimento médico, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis;

5. Os seguintes pontos me foram especificamente esclarecidos:

- Como resultado da cirurgia existirá uma cicatriz, que será permanente. Todos os esforços serão feitos para diminuir, encobrir esta cicatriz, de forma a deixá-la o menos evidente possível;
- Poderá haver inchaço, dor e alterações de pigmentação da pele na área operada, que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos freqüentemente por meses e, apesar de raro, poderão ser permanentes;
- Poderá haver nas áreas operadas perda de sensibilidade parcial ou total, por um período indeterminado de tempo e, apesar de raro, esta poderá ser permanente;
- Poderá haver líquidos, sangue e/ou secreções acumulados nas áreas

Rua James Watt, 142, cj 31. Cep: 04576-050. Brooklin

Telefone: 11 3473-3487. E-mail: denise@denisepiccioli.com.br

DRA. DENISE PICCIOLI NEVES

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO PÓS-INFORMADO

operadas, requerendo drenagem e/ou aspiração e/ou curativos e/ou cirurgia reparadora;

- Poderá haver áreas de pele, em maior ou menor extensão, com perda da vitalidade biológica, por redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração conhecida como necrose, que poderá ser reparável através de nova(s) cirurgia(s);

6. Aceito o fato de que o tabagismo, o uso de drogas e de álcool são fatores que, embora não impeçam a realização de cirurgias, podem determinar complicações pós-operatórias;

7. Reconheço que durante o curso da operação existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitarão procedimentos adicionais ou diferentes daqueles inicialmente programados. Por este motivo, autorizo o médico cirurgião, o médico anestesista, bem como o(s) seu(s) assistente(s) a realizar(em) qualquer técnica ou tratamento necessário para a boa condução do ato anestésico-cirúrgico, visando o melhor resultado possível;

8. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, orais e/ou por escrito, pois em assim não o fazendo, poderei provocar a frustração dos fins desejados, colocar em perigo minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar seqüelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo a realização de fotos pré, trans e pós-operatórias, e sua utilização para fins científicos, desde que meu nome e identidade não sejam revelados.

10. AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO: Considerando que: (1) os meios utilizados, visando assegurar o entendimento das informações sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico me foram apresentados de forma leal e compreensível; (2) Tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias e as mesmas foram respondidas inteira e satisfatoriamente, esclarecendo todas as dúvidas sobre a cirurgia a que vou me submeter, (3) tendo lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura,

ACEITO E AUTORIZO QUE OS PROFISSIONAIS DESIGNADOS REALIZEM OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS À BOA CONDUÇÃO DO ATO ANESTÉSICO-CIRÚRGICO PROGRAMADO NA FORMA CONSTANTE DESTES TERMO DE AUTORIZAÇÃO, CONFORME MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE.

Rua James Watt, 142, cj 31. Cep: 04576-050. Brooklin

Telefone: 11 3473-3487. E-mail: denise@denisepiccioli.com.br

DRA. DENISE PICCIOLI NEVES

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO PÓS-INFORMADO

Paciente: _____

RG nº _____

Responsável: _____

RG nº _____

Testemunha: _____

RG nº _____

Testemunha: _____

RG nº _____

SÃO PAULO, _____ de _____ de _____

Rua James Watt, 142, cj 31. Cep: 04576-050. Brooklin

Telefone: 11 3473-3487. E-mail: denise@denisepiccioli.com.br