

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável, Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, IV, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico _____, inscrito no CRM-RS _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**SIMPATECTOMIA TORÁCICA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesia ou outras condutas médicas que o tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e 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 no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se segue:

DEFINIÇÃO: A cirurgia consiste na secção ou clipagem dos nervos da cadeia simpática, localizada no tórax visando diminuir o excesso de suor em regiões localizadas do corpo ou o rubor facial.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias (sangramentos)- lesão de grandes vasos (necessidade de conversão para cirurgia aberta)
2. Perfuração pulmonar (pneumotórax)
3. Infecção da ferida operatória
4. Hiperhidrose compensatória (suor excessivo em outras partes do corpo (principalmente dorso, abdome, região inguinal, pés e pernas)
5. Hiperhidrose compensatória gustativa (suor na face durante salivagem)
6. Hematomas
7. Recidiva
8. Possibilidade de cicatriz com formação de quelóide (cicatriz hipertrófica-grosseira)

CBHPM – 3.14.03.34-4 / AMB 39.06.00.47 / CID R-61

Declara, ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo médico, estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, 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 médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para a sua realização.

Porto Alegre (RS), _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) paciente

Assinatura do(a) resp. pelo (a) paciente

Assinatura do médico

RG N° _____

RG N° _____

CRM _____

NOME

NOME

NOME

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo provocar-lhe dano, devendo, neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável 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, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.