

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS
ANAIS**

Por este instrumento particular eu _____,
RG _____, CPF _____ ou meu responsável,
Sr.(a) _____, declaro que dou plena autorização ao médico
assistente, Dr(a) _____, inscrito(a) no
CRM- sob o nº _____ para executar o procedimento designado
_____, e todos os
procedimentos que o incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue ou outras condutas médicas que tal
tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de
saúde.

Declaro, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos artigo 59 do Código de Ética Médica e nos
artigos 9 e 39 da Lei 8.078/90 me apresentou métodos terapêuticos alternativos e optamos pelo tratamento médico-
cirúrgico supra-citado.

Declaro ter sido esclarecido que a cirurgia anal (orificial) possui os seguintes riscos e conseqüências possíveis
(mais comuns): dor anal pós-operatória de difícil controle, retenção urinária, retenção fecal, hemorragia anal, dor
de cabeça pós-raquianestesia (injeção de anestésico local no canal raquidiano, a fim de retirar a sensibilidade
dolorosa da parte inferior do abdome e dos membros inferiores), infecção operatória e urinária, plicoma (prega ou
espessamento da pele perianal), estenose anal (estreitamento patológico do canal anal), fissura anal (úlceras
dolorosas e/ou sangrantes na margem anal), incontinência fecal ou para flatus (incapacidade de controlar, de reter a
emissão de fezes ou gases pelo ânus), vazamento anal (manchas fecais nas roupas íntimas), umedecimento
excessivo das roupas íntimas, prurido (coceira) anal recorrente, abscesso anal (acúmulo de pús no ânus), fístula
anal (canal patológico que cria uma comunicação entre o canal anal ou reto e a pele perianal), prolapso mucoso
(protrusão da membrana mucosa retal através do ânus), ectrópio (reviramento, eversão ou rotação da mucosa retal),
cicatrização demorada e recidiva. Fui esclarecido ainda que quanto maior a ferida (doença), maiores o tempo de
cicatrização, a probabilidade de recidiva (reaparecimento de uma doença ou de um sintoma, após período de cura
mais ou menos longo; recorrência) e o risco de incontinência fecal (incapacidade de controlar, de reter a emissão
de fezes).

Confirmando que recebi explicações, li e compreendi os termos médicos e que me foi dada a oportunidade de fazer
perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos do(s) procedimento(s)
o(s) qual (quais) estarei submetido, seus desconfortos e riscos de eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Entendi o que é necessário eu fazer para que a cirurgia proposta e acima citada tenha o resultado pretendido.
Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da
doença e o resultado do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas.

Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo
transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados
diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer
órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
Confirmando que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os
pontos com os quais não concordasse.

Cuiabá, _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura Paciente e/ou Responsável

Assinatura do Médico Assistente

Nome Legível- Rg/CPF

Nome Legível-CRM