

TERMO DE CONSENTIMENTO-ABDOMEN

Declaro para todos os fins que recebi do (a) Médico (a) Dr.

_____, CRM-

sob O n^o.

_____ todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico de "ABDÔMEN", atendendo ao disposto no art. 59^o do Código de Ética Médica e no art. 9^o da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, o (a) mesmo (a) sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o procedimento, sendo:

Definição:

Visa o restabelecimento funcional e estético da parede abdominal nos planos músculo-aponeurótico, gorduroso e pele.

Potenciais riscos:

- Infecções de ferida operatória;
- 2. Seromas (acúmulo de líquido);
- 3. Hematomas (acúmulo de sangue);
- 4. Necrose de bordas de pele e deiscência de bordas cutâneas;
- 5. Cicatrizes hipertróficas e quelóides;
- 6. Assimetria abdominal;
- 7. Trombose venosa profunda;
- 8. Embolia pulmonar;

Sangramento com necessidade de transfusão.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____