

TERMO DE CONSENTIMENTO

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 "**HÉRNIA DE DISCO**", 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:

Esta cirurgia consiste na retirada de parte do disco intervertebral (tecido cartilaginoso) que está comprimindo o nervo.

Potenciais riscos:

1. Infecção superficial e profunda;
2. Hematoma em ferida operatória;
3. Diminuição de força em membros inferiores (superiores quando cervical);
4. Dormência em pernas (membros superiores-quando cervical);
5. Alterações urinárias;
6. Paraplegia (tetraplegia quando cervical);
7. Necessidade de reoperação;
8. Deiscência de ferida operatória;
9. Lesão de dura mater com fístula liquórica;
10. Hematoma intracanal com compressão medular;
11. Dor na retirada do enxerto quando necessário;
12. Cicatrização com quelóide;
13. Soltura e/ou quebra de material quando utilizado;
14. Embolia pulmonar;
15. Trombose venosa profunda;
16. Sangramento com necessidade de transfusão.

CONSENTIMENTO

Declaro para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8078/90 que dou plena autorização ao (a) Médico (a) acima descrito (a) a proceder às

investigações necessárias ao diagnóstico do estado de saúde, bem como, executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal procedimento possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da área.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) Médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser atendido em minhas 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, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

_____ Ass. Paciente e/ou Responsável Ass.

Médico Assistente

Nome: _____ Nome: _____

RG/CPF: _____ CRM: _____ UF: _____