

TERMO DE CONSENTIMENTO-“NARIZ”

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, expresse meu pleno consentimento para sua realização

Declaro para todos os fins que recebi do (a) Médico (a) Dr. _____, CRM- sob O n ° _____ todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico de "NARIZ", 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:

Assimetria ou desvio do nariz elou septo nasal. Indicado o procedimento cirúrgico de Rinoplastia (cirurgia do nariz) ou Rinoseptoplastia (cirurgia do nariz e do septo).

Potenciais riscos:

1. Persistência dos desvios e assimetrias;
2. Acúmulo se liquido (seroma) ou sangue (hematoma) ou secreção (infecção);
3. Perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele);
4. Deiscência de suturas (abertura dos pontos);
5. Infecção;
6. Flacidez de pele;
7. Retração de pele;
8. Perda de sensibilidade de áreas operadas;
9. Inchaço (edema), áreas roxas (equimoses); IO. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
10. Sangramento com necessidade de transfusão;
11. Perfuração do Septo Nasal.

Cuiabá, _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura Paciente e/ou Responsável

Assinatura do Médico Assistente

Nome Legível- Rg/CPF

Nome Legível-CRM