

TERMO DE CONSENTIMENTO “ORELHAS”

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.

Declaro para todos os fins que recebi do (a) Médico (a) Dr. _____
, CRM- _____ sob O n °.

_____ Todas as informações referentes ao procedimento cirúrgico de "ORELHAS", 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:

Orelhas proeminentes à direita e esquerda (orelhas de abano).

Potenciais riscos:

Assimetria (diferença entre orelha direita e esquerda);

2. Acúmulo se líquido (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);
- IO. Areas roxas (equimoses);
- II. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
12. Sangramento com necessidade de transfusão.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _