

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA “PÁLPEBRAS”

Por este instrumento particular, eu
_____,
CPF _____ ou meu RG _____,
responsável, Sr(a).
_____,
RG _____ declaro que dou plena autorização ao
médico assistente,

Dr(a). _____,
inscrito(a) no CRM sob o nº _____ para executar o procedimento designado
“PÁLPEBRAS” 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.

Definição:

- Blefarocalazio Superior e/ou inferior (excesso de pele e de bolsas de gordura em pálpebras superiores e/ou inferiores).

Pontenciais Riscos:

- Acúmulo de líquido (seroma) ou sangue (hematoma) ou secreção (infecção);
- Perda de viabilidade de tecidos (necrose de pele);
- Deiscência de suturas (abertura dos pontos);
- Infecção;
- Flacidez de pele;
- Retração de pele;
- Perda de sensibilidade de áreas operadas;
- Inchaço (edema);
- Áreas roxas (equimoses);
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
- Sangramento com necessidade de transfusão.

Declaro, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos artigos 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.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _