



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO PILONIDAL

Eu _____, n° de identidade _____,

[] Paciente / [] Responsável (Grau de Parentesco _____), declaro que:

1°) fui informado(a) pelo **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira** de que as avaliações e os exames realizados revelaram que sou portador de **CISTO PILONIDAL** com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo;

2°) o procedimento do qual vou me submeter será a técnica cirúrgica visa a retirada do cisto; pode ser aberta (não se costura a ferida operatória), fechada (faz-se a costura) ou por incisão simples e curetagem (raspagem) de conteúdo do cisto;

3°) estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que durante o procedimento, em algumas ocasiões especiais, pode existir a necessidade de conversão para a cirurgia aberta, bem como, se a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, tais como a possibilidade de dor aguda e crônica da ferida operatória, retenção de urina no pós-operatório que necessite que uma sonda seja passada dentro da bexiga, infecção urinária, sangramento da ferida operatória, hematoma, Seroma da ferida operatória, infecção da ferida operatória e abscesso da ferida operatória;

4°) declaro compreender a necessidade da realização do procedimento e mesmo com a cirurgia, podem ser necessárias outras medidas clínicas para obtenção de um melhor resultado, como a utilização diária de medicamentos, a correção do hábito alimentar, a perda de peso e a não utilização de álcool ou tabaco;

5°) estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: recidiva do cisto (volta), a ferida operatória pode ficar aberta e serem necessários curativos regulares, até que haja cicatrização completa, isso pode levar semanas ou meses, a ferida operatória se suturada (costurada), pode se abrir e drenar sangue ou líquido infectado, possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), esbranquiçada e dolorosa de forma permanente e pode haver a necessidade de transfusão sanguínea. Os sintomas pré-operatórios podem persistir após a operação e pode haver necessidade de reoperações;

6°) estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

7°) estou ciente dos riscos de complicações clínicas durante ou após a cirurgia, dentre elas, cardiológicas, vasculares e cerebrais, incluindo risco de infarto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Centro de Terapia Intensiva e até mesmo o óbito intra ou pós operatório;

8°) autorizo, desde que minha identidade seja preservada, a obtenção de fotos, vídeos e dados para fins científicos como congressos, publicações e exposições;

9°) esta autorização e consentimento é dada ao médico **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira**, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no procedimento, e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de realizar o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento;

10°) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Curitiba, ____ de _____ de _____ Assinatura: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento / procedimento acima descritos.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Dr. Mateus Martinelli de Oliveira

Assinatura: _____ CRM/PR 20886