



TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE CORREÇÃO DA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

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(a) da **DOENÇA HEMORROIDÁRIA OU HEMORRÓIDAS** que é o nome que se dá a dilatação das veias do reto e ânus, podendo vir acompanhada de inflamação, trombose ou sangramento e o procedimento cirúrgico foi optado por mim e pela equipe médica em comum acordo;

2°) recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada;

3°) estou ciente de que, durante o procedimento para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames efetuados, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

4°) estou ciente de que as causas desta doença são a constipação intestinal (prisão de ventre), esforço para evacuar, obesidade, diarreia crônica, vida sedentária, dieta pobre em fibras, gravidez, sexo anal, história familiar de hemorróidas, tabagismo, ficar longos períodos sentados no vaso sanitário;

5°) 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;

6°) por livre iniciativa autorizo que o procedimento seja realizado da forma como foi exposto no presente termo, excluindo se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular deste evento;

7°) esta autorização 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(s) procedimento(s), e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8°) 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;

9°) consinto portanto, ao **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira** supra identificado a 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.

Curitiba, ____ de _____ de _____ Assinatura: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmo 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 descrito.

Curitiba, ____ de _____ de _____

Dr. Mateus Martinelli de Oliveira

Assinatura: _____ CRM/PR 20886