



## Termo de Consentimento Livre e Informado

Prontuário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por meio deste instrumento particular, eu \_\_\_\_\_ (paciente) declaro, para todos os fins legais, especialmente de acordo com o disposto no artigo 39, VI, da lei 8.078/90, que autorizo plenamente o(a) médico(a) assistente, **Dr.(a) GONÇALVES APARECIDO DIAS**, inscrito no **CRM nº085237**, a realizar as investigações necessárias para o diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar os tratamentos/procedimentos designados, tais como: infiltração local de corticoide para tratamento de alopecia de couro cabeludo, dermatites e queloides; criocauterização de ceratoses, câncer de pele, dermatites, foliculites e queloides; realizar cirurgias ambulatoriais; biópsia de pele por shaving, biópsia excisional, biópsia incisional, biópsia por punch e punção por agulha fina; exérese de queloides, exérese de tumores e tumorções de partes moles (cisto epidérmico, lipoma, etc.); cauterização química e cauterização elétrica de lesões de pele; tratamento de calázio; cirurgia oncológica cutânea (CBC, CEC, melanoma); anestesia local ou outras condutas médicas/procedimentos necessários que o tratamento possa requerer, podendo o referido profissional contar com a assistência de outros profissionais de saúde.

Declaro que o referido médico, em conformidade com o art. 59º do Código de Ética Médica e o art. 9º da lei 8.078/90 (transcritos abaixo), informou-me sobre o tratamento, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e os procedimentos a serem adotados. O médico também me orientou sobre as diversas intercorrências que podem ocorrer, destacando principalmente as seguintes:

### **Intercorrências:**

1. Sangramento
2. Dor
3. Necrose de pele
4. Possibilidade de infecção local
5. Possibilidade de inflamação local
6. Cicatrizes queloidianas
7. Cicatrizes hipercrômicas ou hipocrômicas
8. Cicatrizes hipertróficas
9. Retrações cicatriciais, cicatrizes atróficas
10. Telangiectasias
11. Deiscências de suturas

**Anestesia:** A anestesia utilizada para cirurgias ambulatoriais será a local (xilocaína ou marcaína) com eventuais efeitos colaterais conforme descrito na bula (alergia, dor, urticária etc.).

**Resultado do tratamento:** O tratamento realizado não garante a cura total, uma vez que qualquer lesão de pele ou subcutâneo pode apresentar eventual recidiva (reaparecimento). Portanto,



recomendamos que todo paciente tratado com lesão de pele faça acompanhamento médico pelo menos uma vez por ano ou conforme recomendado pelo médico.

#### **Taxas de infecção aceitas:**

1. Cirurgias limpas - 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local, e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivos, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas - 10% (são aquelas que requerem drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas - 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local. Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação local).
4. Cirurgias infectadas - 40% (são aquelas realizadas na presença de processo infeccioso, com supuração local e/ou tecido necrótico).

Declaro ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente, e comprometo-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), ciente de que a não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais para mim, o(a) paciente. Declaro também estar ciente de que o tratamento adotado não garante a cura e que a evolução da doença e do tratamento podem exigir que o(a) médico(a) modifique as condutas inicialmente propostas. Nesse caso, autorizo desde já o(a) médico(a) a tomar as providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, segundo seu julgamento. Por fim, afirmo ter sido informado(a) sobre os métodos terapêuticos alternativos e ter esclarecido todas as minhas dúvidas por meio de uma linguagem clara e simples. Portanto, após ler, compreender e aceitar as explicações sobre o tratamento proposto, bem como os riscos e as intercorrências mais comuns, expressei meu pleno consentimento para sua realização.

---

**Assinatura do paciente**

---

**Assinatura do médico**

---

**Testemunha**

---

**Testemunha**