

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HEMORROIDECTOMIA	CAP 004
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de HEMORROIDECTOMIA.

Esclareceu-me que irei ser submetido a procedimento cirúrgico de Hemorroidectomia, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica;

A técnica cirúrgica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo cirurgião, bem como alternativas para tratamento das hemorróidas; Minha cooperação, seguindo as orientações médicas no pós-operatório, se faz necessária para o melhor resultado do procedimento cirúrgico; que me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos que o procedimento cirúrgico acarreta: sangramento com necessidade de re-abordagem cirúrgica, retenção urinária, dor não controlada por analgésicos e antiinflamatórios comuns, plicomas residuais, sepsse anorretal (rara), estenose anal e fissura residual; Podem ocorrer riscos não previstos, tais como complicações clínicas secundárias ou não à comorbidades pré-existentes;

Compreendo o que foi exposto acima e que realmente desejo ser submetido a esse tratamento.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____