



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXÉRESE DE TUMORES DE PELE E MUCOSA

1. Diagnóstico e Indicação do Procedimento

Indicado para lesões suspeitas, tumorais, nevos, cistos ou outras alterações da pele ou mucosa.

2. Descrição do Procedimento

Procedimento cirúrgico para retirada de tumores ou lesões cutâneas, com ou sem necessidade de sutura ou enxerto.

3. Benefícios Esperados

- Controle dos sintomas e complicações relacionados ao quadro atual;
- Redução dos riscos de agravamento;
- Melhora na qualidade de vida e segurança clínica.

4. Riscos e Complicações Possíveis

- Sangramento
- Infecção
- Cicatrizes hipertróficas ou quelóides
- Necessidade de novo procedimento
- Recidiva da lesão
- Reações anestésicas locais

5. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Mesmo com todas as medidas de prevenção adotadas por hospital e equipe médica, existe o risco de infecção. Conforme a ANVISA e o NHSN, as taxas aceitáveis de infecção são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Estou ciente desses riscos e da existência de protocolos de segurança hospitalar para minimizá-los.



6. Alternativas e Esclarecimentos

Fui informado(a) de que existem alternativas possíveis, conforme o caso clínico, e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas com linguagem clara e acessível.

7. Limitações e Condutas Intraoperatórias

Estou ciente de que podem ocorrer situações imprevistas durante o procedimento que exijam modificações na conduta médica. Autorizo o profissional responsável a tomar as medidas necessárias, conforme seu julgamento técnico, visando minha segurança.

8. Declaração Final de Consentimento

Declaro que:

- Compreendi as informações sobre o diagnóstico, natureza e objetivos do procedimento, bem como seus benefícios, riscos e alternativas;
- Tive tempo adequado para reflexão e esclarecimento de dúvidas;
- Estou ciente de que nenhum procedimento garante cura absoluta;
- Autorizo a realização do(a) exérese de tumores de pele e mucosa conforme indicado.

Este termo está em conformidade com o Código de Ética Médica (arts. 22 e 34) e com a Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Local e data: Gramado, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal:

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura do médico responsável:

Dr. Márcio Muller – CREMERS 23266

Testemunhas (opcional):

1. _____ CPF: _____



DR MARCIO MULLER - CREMERS 23266
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO - ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA

2. _____ CPF: _____

CBHPM – 3.07.01.09-6 | CID – D23 / L98.9