

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CAF)



O presente Termo de Consentimento tem o objetivo informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico acima identificado, ao qual será submetido. Assim em conformidade com o Código de Defesa do Consumidor e Recomendação do CFM nº 01/2016, serão lhe prestadas informações claras e adequadas quanto ao procedimento a ser realizado.

Identificação Do Paciente Ou Do Responsável Legal	
Nome:	
Tipo de Documento De Identificação:	Nº:

Eu acima identificado, na condição de paciente do Centro Materno Infantil Med Imagem ou de responsável legal pelo paciente _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, _____ anos de idade, consinto que o Dr. _____, CRM _____ realize em mim o procedimento de cirurgia de alta frequência (CAF).

Compreendo que as doenças do trato genital inferior, em especial as lesões causadas pela infecção do papilomavírus humano (HPV), podem ser resolvidas por várias modalidades de tratamento, alguns destrutivos locais e outros excisionais (cirúrgicos).

Os métodos excisionais (cirúrgicos), podem ser efetuados em regime hospitalar ou ambulatorial e consistem na retirada cirúrgica das áreas afetadas.

A técnica realizada em regime ambulatorial consiste em nova modalidade terapêutica, baseada em ondas de rádio de alta frequência (CAF), que permite a rápida retirada do tecido doente, e que é realizada sob anestesia local. Costuma causar desconforto leve, não sendo necessário nenhuma medicação prévia. Após o procedimento, solicita-se abstinência sexual até a alta médica, que é realizada por volta do trigésimo dia. excepcionalmente, nos primeiros dias após o procedimento, pode ocorrer sangramento, quase sempre de leve intensidade, que eventualmente pode requerer revisão do cirurgião.

O agendamento da cirurgia será feito pelo médico uma vez que deve ser realizada em determinadas épocas do ciclo menstrual.

Entendi as explicações que me foram prestadas, em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento, antes que a CAF se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o (s) procedimento (s) 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 (s) tratamentos.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável:

Testemunhas (campo a ser preenchido na hipótese de paciente iletrado):

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____

Teresina / PI, _____ de _____ de _____.

A ser preenchido pelo médico:

Identificação Do Médico		
Nome:		
CRM:	Tipo:	Nº:

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Carimbo / Assinatura do Médico:

_____.

Teresina / PI, _____ de _____ de _____.

i Recomendação do CFM nº 01/2016: "O CFM no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, CONSIDERANDO que o consentimento livre e esclarecido consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados; CONSIDERANDO que as informações e os esclarecimentos do médico, na obtenção do consentimento do paciente, são fundamentais para que o processo ocorra livre de influência ou vício; CONSIDERANDO que são necessárias orientações éticas complementares sobre a obtenção do consentimento em situações especiais como emergências, recusa, possibilidade de transtornos psicológicos oriundos da informação, preexistência de transtornos mentais e riscos para a saúde pública; CONSIDERANDO o Princípio Fundamental XXI e os artigos 22, 31 e 34 do Código de Ética Médica; CONSIDERANDO que há insuficiência de orientações sobre quando obter o consentimento e sobre a forma de sua documentação; CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 21 de janeiro de 2015; RECOMENDA Art. 1º Nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.