

FORMULÁRIO
TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VARIZES
HOSPITAL OURO BRANCO

INT: 007

Revisão:001
Data: 13/12/2022

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Quarto / Leito: _____ /
Data de Nascimento _____ Convênio: _____
Sexo: _____ Atendimento: _____
Nome da Mãe: _____ Prontuário: _____
Idade: _____

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VARIZES

Eu _____ portador do RG: _____ e CPF: _____
declaro que optei ou fui orientado em realizar o procedimento cirúrgico de Varizes, com o cirurgião:

Nome Médico: _____, CRM: _____ /

Declaro que fui informado (a) do meu diagnóstico e que o tratamento pode não ser definitivo e recebi as instruções relativas ao pré e pós-operatório e que o objetivo do tratamento é a melhoria da circulação sanguínea.

Declaro também que estou ciente das complicações e dos riscos que eventualmente podem ocorrer e que deverei tratar, sendo os mais frequentes: edema (inchaço), manchas escuras (hematomas), reação alérgica ao anestésico, distúrbios da sensibilidade da pele, alergia cutânea, trombose e infecção e que havendo complicações da cirurgia autorizo o cirurgião a chamar outros especialistas, conforme o caso.

Declaro ainda que fui informado (a) da necessidade de tratamentos posteriores à cirurgia, como escleroterapia e acompanhamento angiológico regular.

Declaro que além das informações contidas neste Termo fui esclarecido (a) pelo médico a respeito do meu tratamento onde pude dirimir minhas dúvidas.

Estou ciente que em caso de intercorrência durante a cirurgia o médico poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto ou alterar a técnica original, e de usar todos os meios disponíveis que estão ao seu alcance em meu favor, especialmente em caso de iminente risco de morte.

Teutônia:

Assinatura Paciente

Assinatura Cirurgião

Assinatura Responsável:

Assinatura, CPF

Assinatura, CPF