

Considerando o artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garantem ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu _____ documento de identidade e/ou CPF nº _____ estando em pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM _____, sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado **“CIRURGIA DE HÉRNIA DE DISCO”** a que vou me submeter, que consiste na retirada de parte do disco inter-vertebral (tecido cartilaginoso) que está comprimindo o nervo. **CBHPM: 3.07.15.18-0 CID: G55.1.**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: Infecção superficial e profunda; Hematoma em ferida operatória; Diminuição de força em membros inferiores (superiores quando cervical); Dormência em pernas (membros superiores – quando cervical); Alterações urinárias; Paraplegia (tetraplégica quando cervical); Necessidade de reoperação; Deiscência de ferida operatória; Lesão de dura-máter com fístula liquórica; Hematoma intra-canal com compressão medular; Dor na retirada do enxerto quando necessário; Cicatrização com quelóide; Soltura e/ou quebra de material quando utilizado; Embolia pulmonar; Trombose venosa profunda.

Da mesma forma, fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu(a) médico(a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **riscos e complicações** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura paciente e/ou responsável

Nome legível _____
RG/CPF: _____
Grau de Parentesco: _____

Assinatura do Médico Assistente

Nome legível _____
CRM: _____
UF: _____