

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 “**APENDICECTOMIA**”, a que vou me submeter, que consiste na retirada do apêndice cecal, sendo que pode ser realizada por via aberta (corte) ou por vídeolaparoscopia. **CCBHPM – 3.10.03.07-9 CID-K35.9.**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das complicações inerentes ao quadro, especialmente: Peritonite ocorre quando a infecção do apêndice se dissemina (espalha) por toda a cavidade abdominal; Septicemia (infecção se espalha por todo organismo podendo levar a óbito); Infecção da ferida operatória e eventual necrose da parede abdominal; Trombose venosa profunda; Embolia pulmonar; Hérnias incisionais (no local dos cortes); Fístula intestinal; Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

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: _____