

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 “**HEMORROIDECTOMIA**”, a que vou me submeter. Hemorróidas são veias dilatadas localizadas no reto distal, que podem causar dor e sangramento. Em 10 a 20% dos casos, necessitam tratamento cirúrgico, sendo a técnica aberta (não se dá pontos) a mais utilizada, ocorrendo à cicatrização espontaneamente. **CBHPM – 3.10.04.20-2 CID – I84.9**

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: Dor, muitas vezes de difícil controle, mesmo com uso de analgésicos; retenção urinária; infecção urinária; constipação; impaction fecal; hemorragia; infecção; abscesso; necessidade de reoperação; edema; plicomas anais; prolapso mucoso; ectrópio mucoso; estenose anal; estenose retal; fissura anal; pseudopólipos; cistos epidérmicos; fístula anal; fístula reto-vaginal; prurido anal; incontinência anal, podendo ser transitória ou definitiva; hemorróidas recorrentes (recidiva) e tempo prolongado de cicatrização da ferida operatória. Existe ainda a possibilidade de complicações sistêmicas que estão relacionadas a qualquer procedimento cirúrgico, entre elas estão infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica transitória, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

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: _____