

CIRURGIA ONCOLÓGICA

1. Por determinação explícita de minha vontade, eu _____, declaro que sou portador de: _____, e por este Termo, autorizo o Dr. _____ e todos os demais profissionais dos quais ele se serve, e que estão vinculados à minha assistência, a realizar o procedimento cirúrgico denominado _____, bem como os cuidados e tratamentos médicos necessários dele decorrentes. Fui informado(a) também que durante a realização da proposta terapêutica poderá ocorrer a necessidade de mudança de conduta, dependendo de eventos adversos ou dos achados cirúrgicos. Estou ciente de que, posteriormente, deverei prosseguir com o tratamento.

2. O procedimento acima autorizado me foi explicado claramente, por isso entendo que:

a. Como resultado da cirurgia existirá uma **cicatriz**, que será permanente. Contudo, todos os esforços serão feitos no sentido de encobrir e/ou diminuir a cicatriz, de forma a torná-la o menos visível possível.

b. Poderá haver **inchaço** (edema) na área operada que, eventualmente, pode permanecer por dias, semanas e, menos frequentemente, por meses.

c. Poderão haver **manchas** na pele que, eventualmente, permanecerão por semanas, menos frequentemente por meses e, raramente, serão permanentes.

d. Poderá haver **descoloração ou pigmentação** cutânea nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo. Muito raramente estas alterações poderão ser permanentes.

e. Eventualmente, **líquidos**, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico.

f. Poderá haver **perda de sensibilidade e/ou mobilidade** nas áreas operadas por um período indeterminado de tempo, e que é variável de paciente a paciente.

g. Poderá ocorrer **perda de vitalidade** biológica na região operada, ocasionada pela redução da vascularização sanguínea, acarretando alteração na pele e, mais raramente, necrose da mesma, podendo necessitar para sua reparação de nova(s) cirurgia(s), com resultados apenas paliativos;

h. Poderá ocorrer **dor pós-operatória**, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente a paciente;

i. Toda cirurgia pode necessitar, eventualmente, de **revisões cirúrgicas- REFINAMENTOS**, ou pequena cirurgia complementar, para atingir um melhor resultado funcional e/ou estético.

j. Apesar de todos os esforços da equipe médica, não há garantia quanto a cura para a doença atual, assim como não há garantias de que o tratamento acima proposto não venha a gerar consequências físicas ou psíquicas.

k. A reconstrução que talvez venha a ser necessária após a ressecção cirúrgica oncológica tem caráter reparador, visando melhorar as alterações decorrentes da cirurgia oncológica. Assim sendo, a cirurgia reparadora não tem caráter estético, e sim reparador, para melhoria dos aspectos físicos, psíquicos e funcionais.

Portanto, de posse dessas informações:

3. **Eu reconheço** que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, por isso, **outros procedimentos adicionais ou diferentes** daqueles previamente programados possam se necessários. Por tal razão autorizo o(a) cirurgião(a), o(a) anestesiológico(a), e toda sua equipe, a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar.

4. **Eu entendo** que tanto o(a) médico(a) quanto sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir um resultado desejado que, porém, não é certo. Não sendo a Medicina uma ciência exata, fica impossível prever matematicamente um resultado para toda e qualquer prática cirúrgica, razão pela qual aceito o fato de que **não me podem ser dadas garantias de resultado**, tanto quanto ao percentual de melhora ou, mesmo, a permanência dos resultados atingidos.

5. Eu concordo em cooperar com o(a) médico(a) responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, **fazendo a minha parte** no contrato médico/paciente. Sei que devo aceitar e seguir as determinações que me forem dadas (oralmente ou por escrito), pois se não fizer a minha parte poderei comprometer o trabalho do(a) profissional, além de pôr em risco minha saúde e meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

6. Eu compreendo e aceito que o **tabagismo, o uso de drogas e de álcool**, ainda que não impeçam a realização de uma cirurgia, são fatores que podem desencadear complicações médico- cirúrgicas.

7. Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s) por compreender que tais registros, além de ser uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo e de informação científica.

8. Estou ciente de que pode ocorrer limitação das minhas atividades cotidianas por período de tempo indeterminado.

Tive a oportunidade de **esclarecer todas as minhas dúvidas** relativas ao ato cirúrgico ao qual, voluntariamente, irei me submeter, razão pela qual **autorizo** o profissional acima designado a realizar o(s) procedimento(s) necessário(s).

Observações: -----

Local: _____ Data: _____

(assinatura do(a) paciente)

CPF

Testemunha 1: _____

CPF

Testemunha 2: _____

CPF