

## FERIDAS, PERDAS CUTÂNEAS E BIOMATERIAIS

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: \_\_\_\_\_ CPF OU RG No : \_\_\_\_\_

 SEXO : M  F  DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

2. RESPONSÁVEL LEGAL – NOME: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: Tutor,

Curador etc.: \_\_\_\_\_ CPF OU RG: \_\_\_\_\_

 SEXO: M  F  DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES GENÉRICAS

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação num tratamento que visa o fechamento de feridas profundas com o uso de um substituto de derme (uma parte da pele), que proporciona bons resultados com uso de cirurgias menores, mais rápidas e com menor lesão da área que vai doar a pele.

Por se tratar de feridas profundas em extremidades, o procedimento tradicionalmente indicado para sua reparação é um retalho cirúrgico, formado por um pedaço de tecido o qual usado para fechar a área da ferida.

Este pedaço de pele pode ser retirado da vizinhança da ferida ou trazido à distância junto com artéria e veia para sua nutrição, com a realização de uma anastomose vascular, com auxílio de um microscópio (um procedimento muito maior e com muito mais lesão para a área doadora).

### INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS

No tratamento com uso de matriz de substituição dérmica, os seguintes passos serão realizados:

- a) Inicialmente será realizada uma limpeza cirúrgica da ferida, condição essencial para o fechamento da mesma;
- b) Em seguida, será feita a colocação do substituto de derme da pele sobre essa ferida (já limpa) com a finalidade de propiciar a formação de uma nova derme, que a camada interna da pele;
- c) Serão realizadas trocas de curativo a cada 05 dias, em ambiente de Centro Cirúrgico;
- d) Após alguns dias será realizado o procedimento final que consistirá na colocação de um enxerto de pele fina sobre a nova derme. Este procedimento consiste em retirar da coxa do(a) paciente uma fina camada de pele, cujo local, depois, cicatriza espontaneamente. Frise-se que esta pele retirada é mais fina que aquela do procedimento padrão.
- e) Após 5 dias, o curativo será aberto, à beira do leito e, verificando-se uma boa integração do enxerto de pele (com fechamento da ferida), o(a) paciente receberá alta nesta data para prosseguir com retorno ambulatorial.

Os procedimentos rotineiros para realização da cirurgia são os mesmos de outros procedimentos cirúrgicos utilizados para o fechamento da ferida, tais como exames de sangue, radiografia de tórax e eletrocardiograma. Podem ser necessários exames adicionais, dependendo do(a) paciente (idade e doenças associadas).

### SOBRE OS RISCOS

Os riscos são os mesmos relacionados a qualquer procedimento cirúrgico, tais como: desconforto (dor) e sangramentos na região da ferida no período pós-operatório. E, também, há os riscos anestésicos, a saber: alergias a medicamentos, dor de cabeça após anestesia raquidural, náuseas e vômitos. Vale frisar que não há risco adicional com a utilização da matriz dérmica, em comparação aos procedimentos usuais realizados para fechamento de feridas (enxertos ou retalhos). Portanto, os riscos cirúrgicos e anestésicos são os mesmos dos outros procedimentos cirúrgicos e, como em todas as cirurgias, eles existem. Além disso, para qualquer um dos sintomas que venha a se evidenciar, serão tomadas medidas preventivas e terapêuticas (uso de medicações para dor e náusea, por exemplo).

O benefício potencial para o participante será o de ter o fechamento da ferida com um procedimento cirúrgico mais simples (tempo cirúrgico menor), com menor lesão de área doadora da coxa, pois será retirada uma camada menos espessa de pele, se comparado ao procedimento convencional, e com potencial menor tempo de internação, pela utilização da matriz dérmica. Entretanto, somente no final do estudo poder-se-á confirmar estes benefícios.

**DO CONSENTIMENTO:**

Tive a oportunidade de discutir com meu médico, Dr \_\_\_\_\_, sobre a decisão de me submeter a este tratamento. Assim, declaro que ficaram claros para mim quais são os propósitos do tratamento e quais os procedimentos a serem realizados, bem como seus desconfortos e riscos, e quais as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes terei; assim, concordo com o que me foi explicado e dou meu consentimento para que o procedimento se realize em mim, dentro dos termos acima propostos.

**Observações:** -----  
-----

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) paciente)

\_\_\_\_\_  
CPF

Testemunha 1: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do médico responsável.  
Carimbo c/ CRM

Data \_\_\_\_\_