

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado ou sob a responsabilidade de seu parente próximo, abaixo identificado, declaro ter lido ou ouvido o presente termo de consentimento que lhe informa estar ciente do seguinte:

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Por este instrumento particular o(a) paciente ou seu responsável declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a), Dra. Ingrid Manoela Amaral Cardoso de Aguiar, inscrito(a) no CRM-SC 32180, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento designado “**COLPOSCOPIA ANAL**” e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO:

A colposcopia anal é um procedimento que permite a avaliação minuciosa do canal anal na busca de lesões por HPV que não são passíveis de visualização direta. O procedimento é utilizado no tratamento e vigilância da displasia anal e na prevenção do câncer anal.. O exame é feito com o uso de colposcópio, aparelho dotado de lentes de aumento e luzes, permitindo uma melhor visualização de lesões nos locais examinados.

A biopsia ou anatomia patológica consiste na retirada de pequeno fragmento de tecido de qualquer parte do corpo humano para analisar em laboratório de Anatomia Patológica, visando à elucidação diagnóstica.

A colposcopia anal pode ter efeito terapêutico para cauterização locais com ácido, para tratamento da displasia.

COMPLICAÇÕES:

1. Sangramentos.
2. Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimose (manchas roxas).
3. Lesões vasculares e de nervos.

ANATOMIA PATOLÓGICA:

Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelo laboratório de livre escolha do médico executante.

() Autorizo () Não Autorizo

Declaro, ainda, que tais informações lhe foram prestadas de viva voz pelo(a) médico(a) e são ora lidas no presente instrumento, tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, sabendo que seguir as orientações médicas no pós-operatório, se faz necessária, caso contrário, acarretará riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução 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 e concordar com a cobrança de instrumentação cirúrgica em caráter particular (independente da cobertura da operadora de saúde)

Compreendo e aceito tudo o que foi exposto acima e desejo ser submetido a este tratamento, mesmo estando ciente de métodos terapêuticos alternativos, e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Florianópolis, _____/_____/_____.

Assinatura do Paciente

Nome: _____

RG:

Assinatura do Responsável

Nome: _____

RG:

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

RG:

Assinatura da médico(a)

Nome: _____

CRM: