

Dr. Thiago Jung Mendaçolli - Cirurgia Plástica
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DO CONSENTIMENTO:

De posse de todas as informações necessárias, EU, asdasd asdasd asdasd asdasd asdasd asdasd asdasd , RG....., CPF:....., declaro que fui total e claramente informado(a) e, portanto, dou meu consentimento para que o(a) Dr. Thiago Jung Mendaçolli, CRM-PR 35.985, e toda sua equipe, realizem em mim o ato cirúrgico acima mencionado, asdasdasdasd asdasd asdasd asdasd asdasd bem como os cuidados e tratamentos médicos dele decorrentes.

Reconheço que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos que não puderam ser previamente identificados e, em decorrência deste fato, outros procedimentos adicionais e/ou diferentes daqueles previamente programados possam se fazer necessários. Por tal razão, autorizo o cirurgião, o anestesiológista e suas respectivas equipes a realizar os atos necessários e condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se evidenciar.

Entendo e aceito que tanto o cirurgião quanto sua equipe se obrigam, exclusivamente, a usar de todos os meios técnicos e científicos à sua disposição para tentar atingir o resultado desejado por mim, mas que não é certo. Pelo fato de a Medicina não ser uma ciência exata, fica impossível prever, matematicamente, um resultado para todo e qualquer ato cirúrgico, razão pela qual aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado, tais como: percentual de melhora, de aparência ou de permanência dos resultados atingidos.

Eu concordo em cooperar com o cirurgião responsável por meu tratamento até meu restabelecimento completo, fazendo a minha parte na relação contratual médico-paciente. Estou consciente de que devo acatar e seguir as determinações que me foram dadas (oralmente ou por escrito), pois sei que se não fizer a parte que me cabe, poderei comprometer, em parte ou no todo, o trabalho do profissional. Além de pôr em risco minha saúde, meu bem-estar ou, ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente.

Eu autorizo o registro (foto, som, imagem etc.) dos procedimentos necessários para a(s) cirurgia(s) proposta(s), por entender que tais registros, além de serem uma exigência médico-legal, ainda representam uma alternativa importante de estudo comparativo e de informação científica. Em razão do que, dou meu consentimento para o uso dos mesmos, com apenas finalidade de estudo, e desde que se mantenha sigilo sobre minha identidade.

Complicações orientadas e a serem consideradas: Hematoma, infecção, deiscência cirúrgica (abertura de pontos), necrose cutânea (perda de vitalidade de tecidos), assimetrias, deformidades, cicatriz anormal (quelóides ou cicatriz hipertrófica); e mais raramente: complicações anestésicas, choque anafilático, TVP (trombose venosa profunda), TEP (tromboembolismo pulmonar), AVC (acidente vascular cerebral), doenças linfoproliferativas relacionadas ao uso de implantes de silicone (BIA-ALCL), PCR (parada cardíaco-respiratória) e óbito.

Estou ciente ser de minha responsabilidade a leitura integral deste Termo, que meu médico preparou com esmero e que me foi entregue em tempo hábil para que pudesse lê-lo e, caso ainda restasse alguma dúvida, poder dirimi-la com meu cirurgião ou alguém de sua equipe. Assim agi, e o confirmo, assinando abaixo e rubricando todas as folhas do mesmo.

Foz do Iguaçu,,, 20.....

Assinatura do(a) paciente: _____ CPF: _____

Testemunha 1: _____ CPF: _____

Testemunha 2: _____ CPF: _____