

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CIRURGIA DE EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_\_, na condição de paciente e/ou responsável legal pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, autorizo e consinto, de forma **livre, informada e voluntária**, o(a) Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, seus assistentes e todos os demais profissionais vinculados à assistência, credenciados ao Hospital Ana Nery, a proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado **“EXERESE DE CISTO TIREOGLOSSO”**, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer.

**Declaro, ainda, que:**

1. Estou em plenas faculdades mentais, lúcido(a) e plenamente capaz de compreender as informações aqui contidas.
2. Fui informado(a), de forma clara e compreensível, sobre a natureza do procedimento, seus objetivos, benefícios esperados, alternativas possíveis, riscos e complicações inerentes, e também sobre as consequências da não realização do tratamento proposto. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e recebi respostas completas e satisfatórias da equipe médica.
3. Fui informado(a) de que cada organismo pode reagir de forma diferente ao procedimento e à anestesia, podendo ocorrer efeitos leves e transitórios, bem como complicações mais significativas, tais como hemorragias que possam demandar transfusão sanguínea; transtornos cardiovasculares (como arritmias, choque hipovolêmico, parada cardíaca ou óbito); complicações anestésicas; queimaduras pelo uso do eletrocautério; lesões de nervos (como o nervo vago, o nervo hipoglosso — que pode causar paralisia parcial da língua — e o nervo acessório, que pode causar fraqueza ou dor nos ombros e dificuldade para falar); seroma (acúmulo de líquido que pode exigir drenagem); infecção da ferida cirúrgica; cicatriz inestética; recidiva da anormalidade, que pode exigir nova cirurgia; e ainda complicações cardiovasculares não diretamente relacionadas ao ato cirúrgico, como trombose venosa profunda, infarto, acidente vascular cerebral e arritmias.
4. Estou ciente de que, apesar de todas as medidas de segurança e prevenção adotadas pelo hospital e pela equipe médica, o risco de infecção não pode ser totalmente eliminado, sendo inerente a qualquer procedimento cirúrgico.
5. Compreendo que, durante o procedimento, podem ser identificadas situações não diagnosticadas previamente, bem como intercorrências imprevisíveis, cabendo à equipe médica adotar as medidas necessárias conforme seu julgamento técnico, com o objetivo de preservar minha saúde e segurança.
6. Estou ciente que o Hospital se resguarda no direito de **não coletar o consentimento dos pais ou responsáveis legais em caso de emergência**, prevalecendo o dever de socorro e o direito à vida do paciente sobre regras de consentimento e proteção de dados pessoais vigentes à época da ocorrência.
7. Declaro estar ciente de que **o tratamento adotado não garante a cura da enfermidade e que, diante da evolução do quadro clínico**, o médico poderá modificar as condutas inicialmente propostas, ficando desde já autorizado a adotar as providências que entender adequadas para a solução de eventuais complicações, conforme seu melhor critério profissional.
8. Fui informado(a) de que este consentimento é livre e **pode ser revogado a qualquer momento**, mediante manifestação expressa e por escrito, ciente de que a revogação poderá implicar na suspensão do tratamento e em possíveis consequências clínicas decorrentes dessa decisão.
9. Declaro que li este termo, **compreendi plenamente seu conteúdo** e estou de acordo com a realização do tratamento descrito.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura (paciente e/ou responsável)

---

Assinatura Médico

