

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 **“ESVAZIAMENTO CERVICAL OU LINFADENECTOMIA CERVICAL”**, que consiste na retirada cirúrgica de parte ou de todos os gânglios do pescoço (também chamados linfonodos) que possuam risco de estarem invadidos por células tumorais, 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 podem necessitar de transfusão sanguínea. Em caso de hemorragia maciça por ruptura de grandes vasos do pescoço pode levar a morte.
 - Complicações relacionadas ao ato anestésico.
 - Acidentes vasculares cerebrais (AVC ou derrame).
 - Lesão de nervos cranianos (acessório, vago, hipoglosso, facial, lingual); podendo causar: paralisia da língua, disfonia (alteração da voz), paralisia facial, alteração da sensibilidade na língua, fraquezas no ombro.
 - Pneumotórax (raro).
 - Outras lesões vasculares regionais.
 - Parestesias ou dores no pescoço ou ombros.
 - Edema (inchaço) da face ou pescoço.
 - Deformidade cervical ou cicatriz grande na área de abordagem.
 - Complicações cardiovasculares não diretamente associadas ao ato cirúrgico: arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória, trombose venosa nas pernas e morte súbita.
 - Deiscência de sutura (abertura dos pontos).
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 de 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.

Santa Cruz do Sul (RS), ____/____/____.

Assinatura (paciente e/ou responsável)

Assinatura Médico