

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS ANORRETAIS

Paciente: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Responsável Legal: _____

CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento proposto: _____

Fui devidamente informado(a) pelo(a) médico(a) assistente sobre minha condição clínica atual, relacionada à região anal e/ou retal, a qual pode incluir, entre outras, doenças como hemorroidas, fissuras anais, fístulas, abscessos, pólipos, lesões inflamatórias, infecciosas ou tumorais.

Foi-me esclarecido que o procedimento anorretal proposto tem como finalidade o diagnóstico e/ou tratamento dessa condição, podendo ser realizado por diferentes técnicas, conforme a indicação médica, a evolução da doença e as particularidades do meu caso.

Também fui informado(a) de que existem alternativas ao procedimento cirúrgico ou invasivo, quando aplicáveis, como tratamento clínico ou acompanhamento, bem como das limitações e possíveis resultados dessas opções.

O procedimento anorretal proposto tem como objetivo principal o tratamento e/ou diagnóstico adequado da condição apresentada, podendo proporcionar alívio significativo ou resolução de sintomas como dor, sangramento, prurido, secreção, desconforto local e dificuldade evacuatória. Além disso, pode contribuir para a prevenção de complicações futuras, como infecções recorrentes, agravamento da doença ou comprometimento da função anal.

Em determinados casos, o procedimento permite a obtenção de diagnóstico mais preciso por meio de biópsia, possibilitando a definição do tratamento mais adequado. Como consequência, espera-se melhora da qualidade de vida e do bem-estar geral do paciente, embora os resultados possam variar conforme as características individuais e a gravidade da doença.

Estou ciente de que todo procedimento médico ou cirúrgico envolve riscos, mesmo quando realizado de acordo com as boas práticas médicas. No caso dos procedimentos anorretais, podem ocorrer dor e desconforto no período pós-procedimento, sangramento local imediato ou tardio, infecção, inflamação, edema e dificuldade ou dor para evacuar temporariamente. Também podem

ocorrer retenção urinária transitória, atraso ou dificuldade na cicatrização, abertura de pontos quando houver sutura, formação de cicatriz inadequada ou recidiva da doença tratada. Em situações menos frequentes, podem ocorrer alterações da continência anal, geralmente temporárias, estenose anal ou necessidade de novos procedimentos.

Há ainda riscos relacionados à anestesia e aos medicamentos utilizados, bem como a possibilidade de intercorrências imprevisíveis que exijam medidas adicionais para preservação da saúde.

Fui orientado(a) quanto à necessidade de seguir corretamente as recomendações médicas no período pós-procedimento, incluindo uso de medicações, higiene local, dieta, repouso e retorno para acompanhamento, sendo fundamental para a adequada recuperação e redução de riscos.

Declaro que recebi todas as informações necessárias de forma clara, compreensível e suficiente, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e estou ciente dos benefícios, riscos, alternativas e possíveis complicações do procedimento anorretal proposto.

Assim, AUTORIZO, de forma livre e esclarecida, a realização do procedimento indicado pelo(a) médico(a) responsável, bem como a adoção das medidas que se fizerem necessárias para a preservação da minha saúde, caso ocorram situações imprevistas durante sua execução.

Guanhães/MG, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

