

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA EXÉRESE DE LESÃO E/OU TUMOR DE
PELE E/OU MUCOSAS**

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

Responsável Legal: _____	
CPF: _____	RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

As lesões de pele ou de mucosas podem apresentar natureza benigna, pré-maligna ou maligna. Muitas vezes, apenas a avaliação clínica não é suficiente para definir com precisão o tipo de lesão, sendo necessária a remoção cirúrgica para diagnóstico definitivo por meio de exame anatomo-patológico. A exérese também é indicada como tratamento definitivo de lesões suspeitas ou malignas, bem como para remoção de lesões que causem desconforto funcional, risco à saúde ou incômodo estético.

O procedimento tem como finalidade a retirada total ou parcial da lesão, possibilitando a realização de exame anatomo-patológico para confirmação diagnóstica, prevenindo o crescimento, a transformação maligna ou a recidiva da lesão, além de promover melhora funcional e/ou estética, quando aplicável.

A cirurgia será realizada sob anestesia local, regional ou geral, conforme avaliação da equipe médica e anestésica. Consiste na retirada da lesão com margem de segurança adequada, definida de acordo com suas características clínicas e localização. Quando necessário, poderão ser realizadas sutura direta, rotação de retalho ou enxerto de pele ou mucosa para adequada reconstrução da área operada. Todo o material retirado será encaminhado para exame anatomo-patológico.

Fui informado(a) de que, em casos selecionados de lesões benignas estáveis, a observação clínica pode ser considerada. Dependendo do tipo de lesão, também podem existir outros métodos de tratamento local, como cauterização, crioterapia ou laser. Contudo, a exérese cirúrgica é considerada o método mais seguro para diagnóstico definitivo e, muitas vezes, para o tratamento completo da lesão.

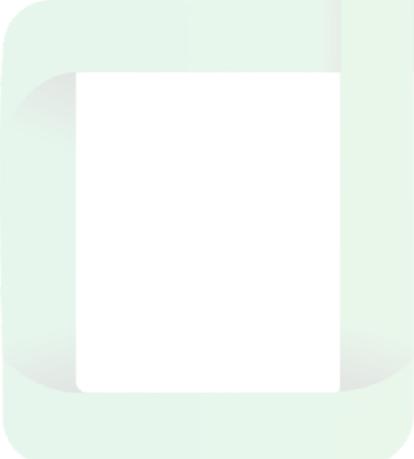
Os benefícios do procedimento incluem a obtenção de diagnóstico definitivo, a remoção da lesão com redução do risco de progressão ou transformação maligna, a diminuição da chance de recidiva, bem como a melhora de sintomas funcionais e do aspecto estético, quando indicado.

Fui esclarecido(a) de que todo procedimento cirúrgico envolve riscos, ainda que geralmente baixos. Entre eles estão dor, sangramento, hematoma e infecção no local operado, reações adversas à anestesia, abertura dos pontos (deiscência), dificuldade de cicatrização, formação de cicatriz hipertrófica, queijo ou alteração estética indesejada. Dependendo da localização da lesão, podem ocorrer alterações funcionais temporárias ou permanentes em estruturas próximas. Existe ainda a possibilidade de persistência ou recidiva da lesão, podendo ser necessária nova intervenção cirúrgica. Nos casos em que o exame anatomo-patológico confirme malignidade, poderá haver indicação de tratamentos complementares, como nova cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia.

Declaro que recebi todas as informações de forma clara, adequada e compreensível acerca do meu diagnóstico, da indicação do procedimento proposto, de seus benefícios, riscos e alternativas terapêuticas. Declaro, ainda, que tive oportunidade de realizar perguntas, as quais foram devidamente esclarecidas.

Assim, autorizo e concordo em me submeter à exérese de lesão e/ou tumor de pele e/ou mucosas, permitindo que a equipe médica adote todas as condutas necessárias, inclusive procedimentos adicionais indispensáveis para a preservação da minha saúde e segurança.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

<hr/> <p>Assinatura do Paciente/Responsável Legal</p> 	<hr/> <p>Assinatura do Médico</p> 
---	---