

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BIOPSIA E CAUTERIZACAO DE LESAO GENITAL

Eu, abaixo assinado, declaro para todos os fins legais, que autorizo o médico assistente, Dr. LEONARDO HENRIQUE DOS SANTOS, inscrito(a) no CRM-SC sob o nº 27537, a executar o tratamento cirúrgico designado: “**BIOPSIA E CAUTERIZACAO DE LESAO GENITAL**”, como propedêutica para o HPV (Crista de galo). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Foi me explicado que será retirada uma ou mais lesões verrucosas do meu pênis ou escroto, sob anestesia local. Este termo inclui inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema peniano e/ou escroto.
5. Dificuldade ou impossibilidade de penetração vaginal.
6. Cicatriz, até mesmo quelóide na região operada
7. Deformidade glandar
8. Não cura da doença com este procedimento (ressurgimento de novas verrugas)
9. Retirada da lesão com margens comprometidas
10. Necessidade de outras formas de anestesia para a continuidade do procedimento.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem alternativas para tratar o meu problema mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o referido procedimento é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.