



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
CIRURGIA GERAL: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO PILONIDAL**

**1. PACIENTE**

NOME

Nº IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

**2. RESPONSÁVEL LEGAL**

NOME

CPF

Nº IDENTIDADE

PROFISSÃO

**3. MÉDICO**

NOME

CRM

O(a) paciente identificado(a) no quadro 1 ou seu responsável legal identificado(a) no quadro 2, declara, pelo presente Termo de Consentimento Informado e Esclarecido para todos os fins legais, dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente identificado no quadro 3 para proceder as investigações necessários ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico denominado “**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO PILONIDAL**” e todos os procedimentos que o incluem, 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.

Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a), atendendo o Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente os que se seguem.

**DEFINIÇÃO:**

O Cisto Pilonidal é moléstia adquirida e resulta da penetração de pelo no tecido subcutâneo. A técnica cirúrgica visa a retirada do cisto e pode ser aberta (não se sutura a ferida operatória, fechada (faz-se a sutura) ou por incisão simples e curetagem do conteúdo do cisto.

**COMPLICAÇÕES:**

- Sangramentos;
- Hematomas (técnica fechada);
- Infecção;
- Abscessos (técnica fechada);
- Recidiva é relativamente alta;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica)

- grosseira);
- Sangramento com necessidade de transfusão.
- \_\_\_\_\_

\* Caso ocorra algumas das complicações, será prestada toda assistência médica para o paciente, sendo informado dos cuidados e tratamento.

Declara ainda o paciente e/ou seu responsável legal, ter lido as informações contidas no presente termo, a qual entendeu perfeitamente e as aceitou, compromissando-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (o paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações, através de linguagem clara e acessível sobre os benefícios, mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

<b>Local e Data</b>	
<b>Assinatura do Paciente</b>	
<b>Ou Assinatura do Responsável</b>	
<b>Assinatura do Médico</b>	