



TERMO DE CONSENTIMENTO
CIRURGIA PEDIÁTRICA: FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA

1. PACIENTE

NOME

Nº IDENTIDADE

DATA NASCIMENTO

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NOME

CIC/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 **“FISSURECTOMIA COM OU SEM ESFINCTEROTOMIA”** 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:

A fissura anal (úlceras anal) é uma laceração ou uma úlcera no revestimento do ânus. As fissuras anais geralmente são devidas a uma lesão causada pela evacuação difícil ou volumosa. As fissuras fazem com que o esfíncter entre em espasmo, o que pode impedir a cura. As fissuras causam dor e sangramento durante ou logo após a evacuação. A técnica cirúrgica utilizada é a esfínterectomia anal interna (técnica aberta ou fechada). Quando da presença de papila anal hipertrófica, plicoma anal sentinela e leito fissurário profundo, se faz necessário a excisão.

COMPLICAÇÕES:

- Dor, muitas vezes de difícil controle, mesmo com uso de analgésicos;
- Ânus com deformidade em fechadura;
- Retenção urinária;
- Infecção urinária;
- Constipação;

- Impactação fecal;
- Hemorragia;
- Infecção;
- Abscesso;
- Edema;
- Plicomas anais;
- Prolapso mucoso;
- Ectrópio mucoso;
- Fissura anal residual;
- Fístula anal;
- Prurido (coceira) anal;
- Necessidade de reoperação;
- Incontinência anal, podendo ser transitória ou definitiva;
- Tempo prolongado de cicatrização da ferida operatória;
- .Sangramentos com necessidade de transfusão;
- Existe ainda a possibilidade de complicações sistêmicas que estão relacionadas a qualquer procedimento cirúrgico, entre elas estão infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial sistêmica transitória, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.
- _____

* 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.

Local e Data	
Assinatura do Paciente	
Ou Assinatura do Responsável	
Assinatura do Médico	