

TERMO DE CONSENTIMENTO

DRENAGEM DE SEROMA



Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

NOME MÉDICO	CRM
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	



A ultrassonografia é um exame de imagem, sem fins de diagnóstico, que permite mapear apenas estruturas superficiais, como a pele e a gordura subcutânea, de forma que auxilie o médico a guiar, de maneira mais acurada, determinados procedimentos.

1. A DRENAGEM DE SEROMA, ME FOI MINUCIOSA E ESPECIFICADAMENTE EXPLICADO PELA EQUIPE MÉDICA, POR ISSO ENTENDO QUE:

1.1



o seroma é uma reação inflamatória causada pelo próprio sistema imunológico do paciente, quando o líquido fica represado entre as camadas de pele;

1.2



o desenvolvimento de seroma depende da resposta orgânica de cada organismo e independe da técnica utilizada, podendo persistir, sendo indicada a utilização de punção ou técnica cirúrgica;

1.3



além da drenagem, pode ser indicado ao paciente o uso de anti-inflamatórios e analgésicos para prevenir a ocorrência de dores e outras complicações;

1.4



os efeitos não esperados podem ser oriundos da reação natural do organismo de cada paciente.

acordo do paciente

2. FOI-ME EXPLICADO QUE:

2.1

a habilidade de se obter o resultado correto/ideal depende de fatores como: tipo de material mapeado, forma e local do material, anatomia do corpo do paciente e grau de obesidade do paciente;

2.2

caso sejam identificadas informações relevantes e importantes à minha saúde, novos exames de imagem ou clínicos poderão ser solicitados por essa equipe médica;

2.3

não serei exposto a riscos desnecessários com exames e laudos que não adicionarão informações relevantes à conduta do médico assistente;

2.4

o seroma poderá recidivar e que essa é uma condição inerente do meu organismo.

acordo do paciente



3. ENTENDI E CONCORDEI QUE:

- 3.1. em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.2. a equipe médica **não garante qualquer resultado.**

acordo do paciente



SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

acordo do paciente

Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

Importante: em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

_____, ____ de _____ de _____

Paciente:
CPF:

Dr.
CRM/