



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

---

### CIRURGIA DE VARIZES

Por este instrumento o (a) paciente ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CRM- sob o nº \_\_\_\_\_, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “CIRURGIA DE VARIZES ” 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 referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) 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 as que se seguem: Definição: é uma dilatação permanente das veias superficiais da perna, levando a insuficiência venosa superficial crônica de membro(s) inferior(es). É doença crônica, evolutiva, que necessita acompanhamento médico constante. Indicações: a cirurgia é indicada para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo. Tipos de tratamento Cirúrgico: As cirurgias indicadas são: safenectomia interna (retirada veia safena interna), safenectomia externa (retirada da veia safena externa externa), ligadura de perforantes e exérese de veias varicosas. COMPLICAÇÕES: Equimoses difusas (roxos); Hematomas: (coleções localizadas de sangue); Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); Aparecimento de telangectasias (microvarizes); Sangramento ao nível das incisões; Edema (inchaço) pós-operatório; Flebite de uma veia superficial; Linforrêia (secreção de linfa pela cicatrizes); Linfocele (pequeno nódulo); Linfedema: (inchaço persistente), Lesão de nervos (é relativamente



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

freqüente); Infecção; Lesões arteriais; Lesões de grandes veias; Trombose venosa profunda; (formação de coágulos de sangue nas veias profundas); Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão) | Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), Embolia pulmonar e morte (óbito). CBHPM – 3.09.07.13-6 CID – I83.9 Infecção relacionada à assistência à saúde A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são: • Cirurgias limpas: até 4% • Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10% • Cirurgias contaminadas: até 17% Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao 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 podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, e independente de obter novos Termos de Consentimento, em caso de impossibilidade, nos termos do artigo 22 do CEM, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

---

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

( ) Afirmo que expliquei todo o procedimento, exames, tratamentos e/ou cirurgias que o paciente acima referido poderá necessitar, sendo que expliquei ao próprio paciente e/ou seu responsável, todos os aspectos sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de emergência. Por ser verdade:

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:\_\_\_\_\_

CRM:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO:

\_\_\_\_\_  
CRM:\_\_\_\_\_