

| QUALIDADE  |  | Código do Formulário<br>QLD.FOR.037 |  |
|--|--|-------------------------------------|--|
| TERMO DE CONSENTIMENTO   |  |                                     |  |
| Código: CC.TCLE.008  |  |                                     |  |
| Data Revisão Atual: 08/05/2026                                   |  | Data do Vencimento: 08/05/2026      |  |
| Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cisto Pilonidal |  |                                     |  |

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 médico assistente, MD \_\_\_\_\_, inscrito no CRM-RS sob o Nº \_\_\_\_\_, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO PILONIDAL**", CID10 L05.9 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 médico, 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:** consiste na formação de abscesso e ou microabscessos na região da fenda glútea, superficialmente, ora com fistulização, ora sem, decorrentes principalmente da inversão dos pelos locais.

#### INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- 1 . Abscessos recorrentes locais
- 2 . Fistulização com secreção crônica
3. Dor local, de intensidade variedade

#### COMPLICAÇÕES:

- 1 . Infecção local, rara.
- 2 . Sangramento com necessidade de re-operação precoce para controle.
3. Recidiva da doença, muito frequente; pode ser diminuída com cuidados locais, retirada frequente de novos pelos, epilação.
4. Complicações cardiológicas, respiratórias, pulmonares, trombozes, embolia pulmonar, são pouco comuns em pacientes de baixo risco cirúrgico, sem doenças sistêmicas ou com doenças controladas. A morte em cirurgias eletivas, em pacientes sem doenças ou com doenças controladas com tratamento é um evento muito raro.
5. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira), eventualmente dolorosas.


**INFECÇÕES RELACIONADAS 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 com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua 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 garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

| QUALIDADE   |  | Código do Formulário<br>QLD.FOR.037 |                                |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| TERMO DE CONSENTIMENTO  |  |                                     |                                |
|  | Código: CC.TCLE.008  |                                     |                                |
|   | Data Revisão Atual: 08/05/2026                                   |                                     | Data do Vencimento: 08/05/2026 |
|   | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cisto Pilonidal |                                     |                                |
|   |  |                                     |                                |

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

- ( ) Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.  
 ( ) Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido 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.

Veranópolis (RS) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável  
 RG: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Md \_\_\_\_\_  
 CRM \_\_\_\_\_

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.