



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA DE VARIZES**

O (a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento cirúrgico designado “**CIRURGIA DE VARIZES**”.

– **Definição:** Varizes são dilatações permanentes 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.

A cirurgia é indicada como forma de resolução do problema estético e para correção do distúrbio circulatório provocado pelo refluxo sanguíneo.

Existem várias técnicas cirúrgicas que pode ser utilizadas associadas ou isoladamente tais como: safenectomia magna (retirada da veia safena magna), safenectomia parva (retirada da veia safena parva), crossectomia (secção da porção terminal da veia safena), ligaduras de veias perfurantes, exérese de veias varicosas, aplicação de líquidos ou espumas esclerosantes dentro das varizes, dentre outras.

– **Principais Complicações:** Hiperpigmentação da pele ou presença de eritema (vermelhidão); Aparecimento de telangiectasias (microvarizes); Sangramento no local das incisões; Edema (inchaço) pós operatório; Inflamação de veias superficiais; Linforrêia (saída de líquido incolor) no local das incisões; Linfocele (coleção líquida causando pequeno nódulo); Linfedema: (inchaço persistente), Lesão de nervos sensitivos que causam dormências localizadas são relativamente frequentes; Infecção; Lesões arteriais; Lesões de grandes veias; Varizes recidivadas (são novas varizes que se formarão). Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertróficagrosseira); Trombose venosa profunda; (formação de coágulos de sangue nas veias profundas) que podem causar embolia pulmonar que, apesar de raras, podem causar a morte (óbito).

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA DE VARIZES**

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900  
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62  
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559  
site: [www.santacasamarilia.com.br](http://www.santacasamarilia.com.br)

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”  
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução  
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)  
CIRURGIA DE VARIZES**

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal (grau de parentesco):

\_\_\_\_\_

Nome do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_