



Paciente:

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Prontuário:

Nome da mãe:

Definição:

Um cisto pilonidal é uma cavidade ou bolsa na pele que se forma geralmente na região do cóccix, entre as nádegas, e que pode conter pelos, pele morta e secreções. Acredita-se que seja causado pela entrada de pelos na pele, levando a uma reação inflamatória crônica e, por vezes, à formação de um abscesso ou fístula. É mais comum em homens, entre a puberdade e os 40 anos, e fatores como atrito, pressão, obesidade e pelos grossos e duros aumentam o risco.

É preciso tratar o cisto pilonidal para evitar dor intensa, infecções graves, desenvolvimento de fístulas (trajetos de pus) e, em casos raros e crônicos, um risco maior de desenvolver um tipo de câncer de pele. O tratamento definitivo geralmente envolve a remoção cirúrgica, embora abordagens iniciais possam incluir drenagem e antibióticos para infecções agudas.

Complicações e Riscos:

Infecção: Aumento da dor, inchaço e secreção na área operada. As taxas variam, mas podem chegar a 35% dependendo da técnica cirúrgica, como visto em alguns estudos.

Sangramento: É comum ocorrer sangramento nos primeiros dias após a cirurgia, geralmente autolimitado. Em alguns casos, pode ser mais intenso.

Cicatrização prolongada: A ferida pode levar mais tempo para cicatrizar completamente. O atrito das nádegas, a pressão e a entrada de pelos na ferida podem impedir o fechamento adequado, exigindo cuidados especializados e, por vezes, até nova intervenção. Essa cicatrização pode demorar semanas e até meses.

Recorrência (cisto volta): O cisto pode voltar, especialmente se não for removido completamente ou se a depilação na área for negligenciada após a cirurgia. A falha na remoção de todos os pelos durante o procedimento é uma causa comum.

Abscesso: Acúmulo de pus pode se formar, causando dor intensa, inchaço, vermelhidão e febre. Geralmente, precisa ser drenado cirurgicamente.

Hematoma: Acúmulo de sangue sob a pele.

Carcinoma de células escamosas: É uma complicaçao muito rara, mas pode ocorrer em casos crônicos e não tratados, evoluindo para um tipo de câncer de pele.

Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Declaração do Paciente:

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Ressecção Disto Pilonidal** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;

2. Estou ciente que o **Ressecção de Cisto Pilonidal** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;

3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;

4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;

5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;

6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, os resultados podem se modificar com o tempo,



- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
 - Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
 - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
 - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____