

Termo de Ciência e Consentimento Hernioplastia (Correção de Hérnia)

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente: _____
Filiação: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
Data de Nasc.: _____ / _____ / _____
Médico Assistente: _____
Unidade/Leito: _____
Nome social: _____

Por este instrumento, eu, _____, declaro que:

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

HERNIOPLASTIA (CORREÇÃO DE HÉRNIA)

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

A hernioplastia é um procedimento cirúrgico indicado para corrigir hérnias, ou seja, o deslocamento de parte de um órgão ou tecido, que atravessa uma fraqueza na parede muscular ou conjuntiva. O tipo de hérnia a ser tratado pode variar (inguinal, umbilical, epigástrica, incisional, entre outras) e o procedimento pode ser realizado de duas formas principais:

- Por videolaparoscopia: técnica minimamente invasiva, com pequenas incisões e uso de câmera e instrumentos específicos.
- Por via aberta: acessando diretamente a área da hérnia com uma incisão maior;

Frequentemente, a cirurgia inclui o uso de uma tela de reforço (prótese) para fortalecer a parede enfraquecida, o que reduz as chances de recidiva.

a) BENEFÍCIOS DESTE PROCEDIMENTO:

- i. Correção do defeito da parede muscular, restabelecendo sua integridade;
- ii. Alívio dos sintomas associados à hérnia, como dor ou desconforto local;
- iii. Prevenção de complicações graves, como encarceramento ou estrangulamento da hérnia, que podem comprometer o fluxo sanguíneo do órgão afetado.

b) FUI ORIENTADO(A) SOBRE AS ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO, INCLUINDO:

- i. Acompanhamento clínico, apenas em casos em que a hérnia não apresenta sintomas ou riscos elevados;
- ii. Uso de faixas ou cintas para controle do desconforto (com limitações e sem correção definitiva do problema);
- iii. Adiamento da cirurgia até que minha condição seja mais favorável ou em caso de contraindicação temporária ao procedimento.

c) POSSÍVEIS RISCOS DO PROCEDIMENTO:

- i. Complicações gerais da cirurgia: dor, hematomas, infecção na área operada, sangramento ou cicatrizes, alterações da pressão arterial e lesões vasculares intraoperatórios, repercussões relacionadas ao pneumoperitônio (insuflação de gás no abdome; choque).
- ii. Complicações específicas da hernioplastia:
- iii. Infecção relacionada ao uso da tela de reforço, podendo levar à necessidade de sua remoção;
- iv. Lesão inadvertida a órgãos próximos, como intestino ou bexiga;
- v. Formação de seroma (acúmulo de líquido) ou hematoma na região operada;
- vi. Hérnia recidivante (retorno do problema, mesmo após a correção);
- vii. Reação inflamatória à prótese utilizada.
- viii. Foi também esclarecido que, na dependência de situações intraoperatórias ou minha condição clínica, o método inicialmente planejado (aberto ou videolaparoscópico) poderá ser ajustado.

d) PROBABILIDADE DE SUCESSO:

- i. Foi explicado que a cirurgia apresenta uma alta taxa de sucesso na correção de hérnias e na redução dos sintomas associados, embora a resposta e a recuperação dependam de fatores individuais, como hábitos pessoais, condições de saúde associadas e cuidados pós-operatórios.

e) POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE TRATAMENTO:

- i. Agravamento dos sintomas, como dor ou desconforto, especialmente durante esforços físicos;
- ii. Progressão da hérnia, com aumento das dimensões e dificuldades associadas;
- iii. Risco de complicações graves, como encarceramento (bloqueio do órgão) ou estrangulamento (interrupção do suprimento sanguíneo), que podem levar a uma emergência médica à vida em risco.

Termo de Ciência e Consentimento Hernioplastia (Correção de Hérnia)

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos

Nome Completo do Paciente:
Filiação:
Sexo: _____ Idade: _____ Conv.: _____ SAME: _____
Data de Nasc.: _____ / _____ / _____
Médico Assistente:
Unidade/Leito:
Nome social:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, _____ de _____ de 20_____ :____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco: _____

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, _____ de _____ de 20_____ :____ (hh:min)

Nome do(a) profissional _____ Conselho: _____

Assinatura: _____