

Termo de Ciência e Consentimento

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

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

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

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:

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

PROCEDIMENTO

A orquiopexia uni ou bilateral é um procedimento terapêutico para a mudança da localização errada do testículo (s) e fixação do testículo uni ou bilateral no escroto.

OBJETIVO

O objetivo da orquiopexia uni ou bilateral é mudar a localização errada do(s) testículo(s), o qual pode estar na região inguinal ou dentro do abdomen e fixa-lo(s) no escroto.

PROBABILIDADE DE SUCESSO

A probabilidade de sucesso deste tratamento dependerá de diversos fatores como quadro clínico e comorbidades do paciente, achados inesperados no intra- operatório e demais variáveis que possam surgir durante o tratamento, entretanto a forma de tratamento proposta é a mais adequada a patologia em questão.

ALTERNATIVA

Termo de Ciência e Consentimento

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

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

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

As outras formas desse tratamento são observar expectante e realizar acompanhamento ambulatorial, cujo resultado é inferior a cirurgia proposta.

OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Possível manutenção dos sintomas e sinais da patologia e falta de controle da doença.

RISCOS

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Hematomas ou edema local.
4. Aparecimento posterior de hidrocele (água no escroto).
5. Não desenvolvimento ou atrofia testicular posterior a cirurgia.
6. Alterações da espermatogênese e ou infertilidade na idade adulta.
7. Não modificar o risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares.

Foi-me concedida a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre a minha doença e tratamento que serei submetido, assim como me foi disponibilizado a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário.

Estou ciente que podem ocorrer situações imprevisíveis sendo necessário realizar transfusão de sangue e outros hemocomponentes.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Estou ciente que é de minha exclusiva responsabilidade a solicitação do resultado do exame anatomopatológico (caso exista) que deverá ser levado para a revisão médica pós operatória para dar continuidade ao meu tratamento.

Termo de Ciência e Consentimento

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

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

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de cirurgia, da eficiência dos cuidados médicos e da boa técnica cirúrgica e anestésica.

Fui também informado que, apesar de pouco comum, durante ou após qualquer procedimento cirúrgico, pode ocorrer formação de coágulo nas pernas (trombose venosa) e posterior deslocamento para os pulmões (embolia pulmonar), pneumonias, derrame cerebral (acidente vascular encefálico), infarto agudo do miocárdio, distúrbio dos batimentos e ritmo cardíaco (arritmias), parada cardiorespiratória inesperada, reações adversas a medicações utilizadas. Além disso, fui informado que, algumas vezes, estas complicações podem levar a internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e até óbito.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a orquiopexia uni ou bilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

ORIENTAÇÕES PRÉ-CIRURGIA

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Deverei seguir as orientações do médico, levar os exames para a cirurgia.

Termo de Ciência e Consentimento

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

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

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

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);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

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 MÉDICO 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

Termo de Ciência e Consentimento

ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL

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
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____

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

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____