

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: REVERSÃO DE VASECTOMIA**

I – Autorizo ao médico \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ e/ou o seu assistente \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ a realizarem uma cirurgia de reversão de vasectomia como forma de tratamento da infertilidade masculina.

II – Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me explicados e são os seguintes:

- Não há garantia de recuperar-mos a fertilidade do paciente após o procedimento, mesmo sendo o paciente vasectomizado há pouco tempo.
- Ocorrer sangramento com formação de hematoma escrotal ou edema (inchaço), necessitando em alguns casos reintervenção.
- Aparecimento futuro de hidrocele.
- Pode ser observada, em alguns casos, dor escrotal crônica.
- Infecção da incisão necessitando drenagem cirúrgica.

III – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: métodos de reprodução assistida como uso de banco de sêmen. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a micro dissecação testicular é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

IV – Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

V – Certifico que este formulário me foi explicado e que li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi seu conteúdo.

Apesar de seu médico pode dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

- ( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- ( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015