

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: CIRURGIA DE VARICOCELE

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou os seus assistentes _____ CRM N° _____ a realizar uma cirurgia de varicocele como forma de tratamento da varicocele (varizes nos testículos).

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

- Não há garantia de cura total da baixa quantidade de espermatozóides, podendo ser necessárias outras formas de tratamento para infertilidade conjugal.
- Pode ocorrer sangramento com formação de hematoma escrotal ou edema (inchaço).
- Aparecimento futuro de hidrocele.
- Pode ser observada, embora rara, dor escrotal crônica.
- Infecção da incisão necessitando tratamento.

III – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: uso de suspensórios escrotais e métodos de reprodução assistida. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a cura de varicocele 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