

PACIENTE: _____ ATENDIMENTO: _____ DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ UNIDADE: _____ TEMPO INTERN: _____
CONVÊNIO: _____ PLANO: _____

- CIRURGIA DE ORQUIECTOMIA -

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO:

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

- CIRURGIA DE ORQUIECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

NÃO

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia consiste na retirada do(s) testículo(s), uni ou bilateral.

Pode ser realizada por via inguinal ou escrotal, a depender da indicação cirúrgica e da necessidade de remoção de outras estruturas. Em caso de orquiectomia radical (para tratamento do câncer de testículo), além da remoção do testículo, é removido, em conjunto, todo o segmento do cordão espermático, até sua entrada para o interior do abdome.

Descrição adicional do procedimento:

NÃO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

A cirurgia está indicada habitualmente como forma de tratamento do câncer de testículo, para atingir melhor estabilidade clínica do paciente pelo controle locorregional da doença.

Ainda, a cirurgia pode estar indicada como forma de tratamento do câncer de hormônio dependente (como próstata ou mama), como bloqueio androgênico na tentativa de controle da doença.

Ainda, em determinadas situações de torção testicular, é possível que já esteja evidente a necessidade de retirada do testículo por inviabilidade pela falta de suprimento sanguíneo.

Benefícios esperados adicionais:

NÃO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao(à) médico(a) responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado.

Alternativas e consequências adicionais:

NÃO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento é pessoal, e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia;
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento (como antibiótico, drenagem ou novo procedimento cirúrgico);
4. Hematomas ou edema no local;
5. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada;
6. Alteração cicatricial (ou cicatriz inestética), como formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc.;
7. Nos casos de procedimento para bloqueio hormonal, impacto nas características masculinas e função sexual, com incapacidade para obter ou manter ereção (impotência sexual) e outros sintomas decorrentes dos baixos níveis de hormônio masculino;
8. Nos casos de procedimento para bloqueio hormonal, não há garantia que o câncer responderá à redução dos níveis dos hormônios, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer.
9. Nos casos de procedimento para tratamento de câncer de testículo, não há garantia de cura, podem haver recidiva (reaparecimento) do câncer no local ou em outro órgão à distância;
10. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesista);

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

PACIENTE:			ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:	

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:
NÃO

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. A fase inicial de cicatrização pode apresentar inchaço localizado e sangramento leve. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório. O (A) médico responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:
NÃO

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 Sim Não, 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.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Tenho ciência de que a Rede D'Or promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or.

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

Paciente

ou

Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Representante / Responsável Legal:

Identidade:

Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

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, 26/08/2024 16:00:13