

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

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE**
**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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):

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

**CG\_URO\_CP - HERNIA INGUINAL**

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita      ☐ Esquerda      ☐ Bilateral      ☐ Não se aplica

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**

A hérnia inguinal ocorre quando o conteúdo intraabdominal passa, envolto em um saco peritoneal, através de uma região de fraqueza da parede abdominal na região inguinal. Este conteúdo habitualmente é formado por alças intestinais e/ou gordura, porém pode também incluir parte da bexiga, apêndice cecal, entre outros. A hérnia se manifesta habitualmente como uma área de abaulamento, por vezes doloroso, redutível. Caso este conteúdo não consiga mais ser reduzido (desaparecimento ao deitar ou aplicar pressão manual), consideramos esta hérnia como encarcerada. Caso este conteúdo permaneça confinado e apresente redução do suprimento sanguíneo, consideramos esta hérnia como estrangulada ? esta situação requer abordagem cirúrgica de urgência. As correções de hérnias podem ser realizadas por diferentes via de acesso (aberta/corte, videolaparoscopia ou roboticamente assistida).

Nas cirurgias o saco herniário é dissecado e liberado do defeito na parede abdominal, sendo retornado para dentro da cavidade abdominal ou ressecado se redundante. Atualmente a forma mais comum de reparo envolve o uso de uma tela de polipropileno para reforço da parede e redução do risco de recidiva. Existem diferentes técnicas para colocação de tela, a depender da via de acesso ? nas cirurgias abertas frequentemente é colocada por cima da parede abdominal e nas cirurgias minimamente invasivas entre o peritônio (membrana que recobre a parte interna da cavidade abdominal) e a parede abdominal.

Descrição adicional do procedimento:

**BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Fechamento do defeito herniário, com redução/resolução de dor local, redução do risco de encarceramento/estrangulamento e melhora do abaulamento local.

Benefícios esperados adicionais:

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

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE****TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO****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 com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente. O tratamento para a hérnia umbilical é cirúrgico. O uso de dispositivos como cintas específicas pode dar conforto, porém não permite o tratamento efetivo da hérnia em si. A conduta expectante é uma alternativa, sem expectativa de melhora de eventuais crises de dor e com o risco de complicações como encarceramento (retenção de conteúdo através do anel herniário) ou estrangulamento (chegada limitada de sangue para o conteúdo retido através do anel herniário, com possibilidade de obstrução e ruptura de alças intestinais).

Alternativas e consequências adicionais:

**RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO**

A decisão de se submeter ao procedimento na grande maioria das vezes 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/procedimento são:

- Infecção de ferida operatória, com possibilidade de uso de antibióticos, (re)internação e novos procedimentos cirúrgicos ? no caso de colocação de tela, pode ser necessário a retirada da mesma;
- Seroma ? acúmulo de líquido na região operada;
- Sangramento ou hematoma no local;
- Recidiva da hérnia, independente da técnica utilizada
- Lesão de estruturas/órgãos da região, incluindo alças intestinais;
- Cicatrizes inestéticas, formação de queloides ou cicatrizes hipertróficas;
- Inchaço, dor testicular, isquemia testicular ou outras complicações relacionadas a estruturas que passam através da região inguinal em direção à bolsa escrotal em pacientes do sexo masculino (como vaso deferente);
- Hérnias incisionais no caso de procedimentos minimamente invasivos pelos sítios de passagem dos instrumentos;
- Dor aguda e/ou crônica, podendo estar associada ao aprisionamento de nervos em retração cirúrgicas, pontos e/ou cliques cirúrgicos, inclusive com possibilidade de procedimentos ou reabordagens cirúrgicas;
- Retenção urinária;
- Riscos anestésicos;
- Em pacientes com doença crônica avançada do fígado, com distúrbios da coagulação e circulação colateral na região, o risco de sangramento é aumentado, bem como de descompensação da função hepática, potencialmente ameaçadoras à vida;
- Outros riscos muito raros incluem eventros tromboembólicos (como coágulos na perna, que podem migrar para o pulmão), eventos cardiovasculares (como infarto cardíaco ou acidente vascular cerebral), parada cardíaca e óbito.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos),

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

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ETIQUETA DO PACIENTE****TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

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.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

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:

**REABILITAÇÃO**

Fui informado de que, após o procedimento, 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 pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

**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).



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

Atendimento: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

ETIQUETA DO PACIENTE

## TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e  
Nome do Médico / CRM**