

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:

URO_CP - CIRURGIA DE ORQUIDOPEXIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A cirurgia consiste na fixação do(s) testículo(s) na bolsa escrotal como forma de tratamento da Criptorquidia ou Distopia testicular uni ou bilateral ? ou seja, os testículos ainda não ?desceram? da cavidade abdominal ou tem posicionamento congênito fora da bolsa escrotal. O procedimento pode ser realizado por corte (cirurgia aberta) ou por técnicas minimamente invasivas. Pode ser necessária associação de herniorrafia do lado acometido, para liberação das aderências dos elementos do cordão espermático, como procedimento acessório de liberação da gônada.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Esta cirurgia é indicada como forma de tratamento da Criptorquidia ou Distopia testicular uni ou bilateral, considerando que o testículo com posicionamento fora da bolsa escrotal, ao longo dos anos, tem maior risco de deficiência da espermatogênese (maior risco de infertilidade), maior risco de degeneração maligna (transformação em tumor), maior risco de torção do funículo espermático, possibilidade de efeitos estéticos e psicológicos negativos.

Em particular, a correção da criptorquidia não elimina o risco de acometimento tumoral, mas permite melhor observação da gônada para diagnosticar alterações de forma ou de volume mais precocemente.

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. Foi discutida a possibilidade de conduta expectante, isto é, aguardar um maior período de tempo para que a ?descida? do testículo ocorra espontaneamente.

Alternativas e consequências adicionais:

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;
4. Hematomas, edema ou enfisema subcutâneo (gás sob a pele) no local;
5. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada;
6. Possibilidade de formação/recidiva de hérnia na região inguinal ou locais de acesso cirúrgico;
7. Alteração cicatricial (ou cicatriz inestética), como formação de quelóide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc.;
8. Aparecimento posterior de hidrocele (água no escroto);
9. Atrofia testicular ou não desenvolvimento posterior à cirurgia;
10. Alterações da espermatogênese e ou infertilidade na idade adulta;
11. Persistência do risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares;
12. Possibilidade de retirar o testículo se este não for viável;
13. Para cirurgias minimamente invasivas, em particular, há risco de lesões em estruturas intra abdomianis (vasos, aparelho digestório, trato urinário ? incluindo a possibilidade de fístulas, como saída de urina pela ferida operatória) no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou durante a cirurgia e a possibilidade de embolia gasosa, ainda que extremamente rara.

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

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

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

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 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:

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 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.

--

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

[☐] **SIM** [☐] **NÃO** - 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.

--

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.

Paciente ou _____
Responsável

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

Nome: _____

RG: _____ 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 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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM