

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE HÉRNIAS ABDOMINAIS	CAP 005
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de HÉRNIAS ABDOMINAIS

Esclareceu-me que irei ser submetido a procedimento cirúrgico de Herniorrafia com ou sem tela para tratamento da hérnia inguinal, hérnia inguinal recidivada ou hérnia incisional, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica. Estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que o índice de recidiva, isto é, o retorno da hérnia após a cirurgia quando a tela é utilizada é de 0,1 a 0,3% e quando não é utilizada pode variar entre 6 a 10%; a técnica cirúrgica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo cirurgião, bem como outras alternativas para tratamento das Hérnias. Minha cooperação, seguindo as orientações médicas no pós-operatório, se faz necessária para o melhor resultado do procedimento cirúrgico; que me foi explicado e estou ciente dos seguintes riscos que o procedimento cirúrgico acarreta: sangramento com necessidade de re-abordagem cirúrgica, infecção da ferida operatória, edema no local, rejeição ao material que constitui a tela, infecção local. Podem suceder náuseas e vômitos no pós-operatório. A incidência de complicações na literatura médica varia em torno de 1 a 2% e a mortalidade entre é menor do que 0,5%. Declaro estar ciente também que na cirurgia para correção da hérnia não ocasiona atrofia testicular no homem ou qualquer outra alteração sexual no homem e na mulher; podem ocorrer riscos não previstos, tais como complicações clínicas secundárias ou não à comorbidades pré-existentes;

Compreendo o que foi exposto acima e que realmente desejo ser submetido a esse tratamento.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de ____ de ____