

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER	CAP 024
		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 CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER.

Declaro, ainda, estar devidamente informado (a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: infecção de urina e retenção de urina; e excepcionalmente, abscesso na zona da ferida cirúrgica; hematoma na zona da ferida cirúrgica; abertura nos pontos realizados na cirurgia; lesões de bexiga, uretra e ureter; rejeição ou alergia ao material sintético utilizado; flebites e tromboflebites; embolia pulmonar. E ainda, que poderá haver mudanças no hábito urinário com o aumento do número de micções, o enfraquecimento da força do jato da urina, e desejo mais urgente de urinar, mudanças essas que podem ser temporárias ou permanentes.

Fui ainda informado (a) que não existe técnica cirúrgica no momento que garanta 100% de sucesso, isto é a incontinência pode retornar parcial ou totalmente, imediatamente após a cirurgia ou no decorrer dos anos. Informado (a) também da necessidade de uso de sonda vesical durante o ato cirúrgico, sendo certo que a mesma poderá permanecer por até 7 dias, se necessária. Durante o procedimento, ou mesmo no período de pós-operatório, o médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar referidas condições. Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que serealize a CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

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 _____