

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA EM UM SÓ TEMPO	CAP 035
		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 CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA em um só tempo cirúrgico, como forma de tratamento da HIPOSPADIA PENIANA.

Como resultado desta operação, meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: deiscência dos pontos da sutura; necrose da pele e da glande; hematoma, edema e linfedema; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico; estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos; pode ser constatada durante a cirurgia a impossibilidade da execução do procedimento em um só tempo cirúrgico; aparecimento tardio de pelos na uretra podendo causar distúrbios miccionais e formação de cálculos; não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um dois tempos é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho. Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

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 _____