

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	CAP 036
		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 INCONTINÊNCIA URINÁRIA como forma de tratamento da Incontinência Urinária. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, permanecerei com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado; perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado; perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome); formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem (uretrolise); retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise); suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação; não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro; possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias); possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.

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 _____