



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO
DE ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL**

CAP 050

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 ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL (retirada do testículo) como forma de tratamento do Câncer de Testículo e realizada por via inguinal para diminuir os riscos de disseminação do tumor. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: deiscência dos pontos da sutura; possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento; necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor; hematoma e ou edema no escroto; não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de testículo e suas complicações; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada; suspensão do ato cirúrgico por condição clínica previamente ou posteriormente ao seu início; possibilidade de cicatrização esteticamente comprometida (cicatriz hipertrófica, retração cicatricial, etc.).

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. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquiectomia Unilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. 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 deve participar do processo de decisão sobre o seu 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 _____

CAP 050

PRS CAP 001