

|   |   |            |
|---|---|------------|
|  | <b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO<br/>DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE</b> | CAP 059    |
|   |   | 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 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE como forma de tratamento da VARICOCELE (veias varicosas no cordão espermático). 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 na incisão; ausência de melhora do espermograma quando a indicação da cirurgia objetivar o tratamento da infertilidade; recidiva da varicocele requerendo novo procedimento cirúrgico; aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesiageral estar contra-indicada; ausência de melhora de dor testicular quando esta estiver presente em concomitância com a varicocele; suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico; cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, 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 o Tratamento Cirúrgico da Varicocele 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, você 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 \_\_\_\_\_