

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DE EPIDÍDIMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DE EPIDIDIMO _____ como forma de tratamento da ORQUIALGIA CRÔNICA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela, para saída de secreções que será removido após alguns dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no escroto.
4. Hematoma e ou edema no escroto.
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio
6. Suspensão do procedimento cirúrgico por alteração clínica surgida imediatamente antes ou mesmo após o início do ato cirúrgico.

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 orquialgia crônica 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.

Data ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G: _____

Testemunha: _____ R.G: _____

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.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.