

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VARICOCELECTOMIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em mim uma VARICOCELECTOMIA (ligadura dos vasos varicosos do plexo panpiniforme) como forma de tratamento da varicocele.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Não cura da dor testicular (quando esta for a indicação).
4. Não cura da infertilidade (quando esta for a indicação).
5. Não desaparecimento dos vasos varicosos da bolsa (ou hemi-bolsa) testicular (quando esta for a indicação).
6. Edema, hematoma ou linfedema.
7. Necrose da pele e/ou do local da incisão.
8. Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, 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 necessitem 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 o meu problema, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Postectomia 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:** \_\_\_\_\_

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.**