

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM UM SÓ TEMPO

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</div> Nome: _____ RH: _____ DN: ___/___/___ (Preencher somente na ausência da etiqueta)	Nome: _____ _____ Grau de Parentesco: _____ RG: _____ Telefone: (____) _____

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar em meu filho(a) menor de idade uma **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA** em um só tempo cirúrgico, como forma de tratamento da **HIPOSPÁDIA PENIANA**. Como resultado desta operação meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Necrose da pele e da glândula.
3. Hematoma, edema e linfedema.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico.
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Pode ser constatada durante a cirurgia a impossibilidade da execução do procedimento em um só tempo cirúrgico.
8. Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios miccionais e formação de cálculos.
9. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

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, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

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.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM UM SÓ TEMPO

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.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as suas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Correção Cirúrgica de Hipospádia é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do meu filho (a).

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico

Paciente ou Representante ou
Responsável

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.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou
Responsável

Observação: 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.