



## TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE HERNIOPLASTIA INGUINAL

Eu \_\_\_\_\_, n° de identidade \_\_\_\_\_,

[  ] Paciente / [  ] Responsável (Grau de Parentesco \_\_\_\_\_), declaro que:

1°) fui informado(a) pelo **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira** de que as avaliações e os exames realizados revelaram que sou portador de **HERNIOPLASTIA INGUINAL** com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo;

2°) o procedimento do qual vou me submeter é a técnica cirúrgica que consiste, rotineiramente, na colocação de prótese (tela) para o reparo da hérnia inguinal. Apesar de o uso de próteses possibilitar conseqüências como a rejeição e infecção, esta conduta implica em menores taxas de complicações.

3°) estou ciente que a operação apresenta resultados satisfatórios e que durante o procedimento, em algumas ocasiões especiais, pode existir a necessidade de conversão para a cirurgia aberta, bem como, se a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes;

4°) declaro compreender a necessidade da realização do procedimento e mesmo com a cirurgia, podem ser necessárias outras medidas clínicas para obtenção de um melhor resultado, como a utilização diária de medicamentos, a correção do hábito alimentar, a perda de peso e a não utilização de álcool ou tabaco;

5°) estou ciente dos riscos que o procedimento apresenta como: lesão de veias e artérias da região femoral podendo ser necessário a transfusão de hemoderivados. Nos casos de encarceramento ou estrangulamento da hérnia em que há envolvimento direto do intestino ou outros órgãos abdominais, pode ser necessária a ressecção destes e o uso de ostomias (bolsa no abdômen para saída de fezes ou urina). E em uma pequena porcentagem dos casos há lesão de nervos da parede abdominal que podem evoluir com parestesia ou dor crônica. Pode também haver necessidade de reabordagem cirúrgica precoce diante da presença de grandes hematomas na ferida operatória ou outras complicações;

6°) estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

7°) estou ciente dos riscos de complicações clínicas durante ou após a cirurgia, dentre elas, cardiológicas, vasculares e cerebrais, incluindo risco de infarto, embolia pulmonar, acidente vascular cerebral, internação prolongada em Centro de Terapia Intensiva e até mesmo o óbito intra ou pós operatório;

8°) O procedimento cirúrgico não esta isento de complicações tardias como: orquite isquêmica que consiste em dor e edema do testículo que pode inclusive evoluir para atrofia testicular, lesão de ducto deferente causando infertilidade masculina, infecção do sítio cirúrgico, complicação comum de todo o procedimento cirúrgico, ocorrendo principalmente em mulheres e pacientes com hérnias recidivadas e encarceradas. A presença de infecção pode exigir a retirada da prótese no caso de abscesso. As infecções podem ocorrer, inclusive, meses ou anos após o implante. Pode haver seqüelas estético funcionais;

9°) esta autorização e consentimento é dada ao médico **Dr. Mateus Martinelli de Oliveira**, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no procedimento, e de acordo com seu julgamento profissional, quanto à necessidade de realizar o procedimento e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o tratamento;

10°) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao procedimento, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento / procedimento acima descritos.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Dr. Mateus Martinelli de Oliveira**

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM/PR 20886