



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRURGICA HIPOSPÁDIA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

- 1. DESCRIÇÃO CLARA DA INTERVENÇÃO PROPOSTA:**
- A correção cirúrgica da hipospádia é um procedimento destinado a reposicionar o meato uretral (abertura da uretra) para a extremidade da glândula do pênis, corrigindo a curvatura peniana (quando presente) e reconstruindo o canal uretral para permitir a micção em posição ereta com jato direcionado, além de proporcionar aspecto anatômico e funcional adequados. A hipospádia é uma malformação congênita em que a abertura da uretra se localiza na face ventral do pênis, em posição mais proximal que o normal. A cirurgia pode ser realizada em um ou dois tempos operatórios, conforme a gravidade e a localização do meato (glandar, coronal, peniana distal, peniana média, peniana proximal, penoescrotal, escrotal ou perineal).
- 3. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:**
- O procedimento é realizado sob anestesia a critério do serviço de anestesiologia com a realização de analgesia pós-operatória. Entre as principais técnicas e etapas, destacam-se: uretroplastia com placa tubularizada incisada (técnica de Snodgrass/TIP), considerada padrão-ouro para hipospádias distais; técnicas de Thiersch-Duplay, Mathieu, Mustardé, MAGPI (avanço meatal e glanduloplastia) e Bracka para casos selecionados; correção da curvatura peniana (corda) por plicatura da túnica albugínea ou dissecação de tecido fibroso, quando indicada; uso de retalhos de dartos (tecido subcutâneo) para cobertura e proteção da neouretra; glanduloplastia para reconstrução da glândula; colocação de cateter vesical (sonda) temporário para drenagem urinária durante a cicatrização; possibilidade de uso de lupa cirúrgica, fios de sutura absorvíveis finos e materiais especiais.
- 5. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS:**
 - Benefícios esperados: correção do defeito anatômico, micção em posição ereta com jato adequado e direcionado, melhora da aparência estética do pênis, prevenção de complicações a longo prazo (como dificuldade miccional e impacto psicossocial), e possibilidade de vida sexual e reprodutiva normal na vida adulta.
 - Riscos previsíveis: além das complicações gerais (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios), destacam-se: deiscência de sutura; necrose da pele e da glândula; hematoma, edema e linfedema; fístula uretral (comunicação anormal entre a uretra e a pele) requerendo novo tratamento cirúrgico; estenose (estreitamento) da uretra ou do meato, requerendo dilatações ou procedimentos futuros; divertículo uretral; recorrência da curvatura peniana; aparecimento tardio de pelos na uretra quando utilizados retalhos pilosos, podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos; necessidade de reoperação; e ausência de garantia absoluta de cura, podendo ser necessários outros procedimentos cirúrgicos posteriores.
- 6. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:**

As alternativas incluem o acompanhamento conservador (observação clínica sem intervenção cirúrgica), que pode ser considerado em casos muito leves (hipospádia glandar sem repercussão funcional), embora não corrija o defeito anatômico.

A opção de NÃO TRATAMENTO também deve ser considerada: a não realização da correção pode resultar em jato urinário desviado (dificultando a micção em pé), acúmulo de urina, maior risco de infecções, curvatura peniana com impacto funcional e psicossocial, e limitações na vida adulta. O médico assistente deve discutir as alternativas e a relação risco/benefício de cada opção com o paciente e/ou responsável legal.

7. Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados implicaram na pesquisa de alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde, estando ciente de cuidados relacionados aos diagnósticos.
8. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);
9. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;
10. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são: ▪ Deiscência dos pontos da sutura. ▪ Necrose da pele e da glândula. ▪ Hematoma, edema e linfedema. ▪ Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento. ▪ Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico. ▪ Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos. ▪ Aparecimento tardio de pelos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos. ▪ Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores. E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como _____

11. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) 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.
12. Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;
13. Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;
14. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
15. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.
16. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) 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(s) tratamento(s).

17. Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.
18. Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*.