

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HÉRNIA INCISIONAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

1. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E JUSTIFICATIVA

A Hérnia Incisional é uma protrusão (saída) de órgãos ou tecidos através de uma cicatriz de uma cirurgia abdominal anterior, onde a musculatura não cicatrizou adequadamente. O procedimento de Hernioplastia Incisional visa corrigir este defeito na parede abdominal. A técnica consiste na identificação do saco herniário, reposicionamento do conteúdo para o interior da cavidade abdominal e o fechamento do orifício (defeito) muscular. Na grande maioria dos casos, utiliza-se uma tela sintética (prótese) para reforçar a região e reduzir significativamente o risco de a hérnia retornar.

2. RISCOS E BENEFÍCIOS DO PROCEDIMENTO

Benefícios: O principal benefício é a restauração da integridade da parede abdominal, eliminando o abaulamento, reduzindo o desconforto ou dor crônica e, fundamentalmente, prevenindo complicações graves como o encarceramento ou estrangulamento intestinal.

Riscos: Como qualquer ato cirúrgico, existem riscos gerais (infecção, sangramento, reações anestésicas) e riscos específicos. Os riscos específicos incluem a formação de seroma (acúmulo de líquido abaixo da pele), hematoma, infecção da ferida operatória ou da tela (podendo exigir a remoção da mesma), dor crônica na região da cicatriz e lesões acidentais em alças intestinais durante a dissecação de aderências.

3. PROBABILIDADE DE SUCESSO, COMPLICAÇÕES E RECUPERAÇÃO

Probabilidade de Sucesso: A taxa de sucesso com o uso de telas é elevada, com índices de cura superiores a 90%. Contudo, a recidiva (retorno da hérnia) pode ocorrer em uma parcela dos pacientes, dependendo de fatores como obesidade, tabagismo, diabetes não controlada ou esforços físicos precoces.

Processo de Recuperação: O período de internação costuma variar de 1 a 3 dias. O paciente deverá evitar esforços físicos intensos e carregamento de peso por um período de 30 a 90 dias, conforme orientação médica. O uso de cintas abdominais pode ser recomendado para suporte mecânico durante a cicatrização.

Resultados do Não Tratamento: A opção por não realizar a cirurgia implica no crescimento progressivo da hérnia, dificultando correções futuras. Existe o risco iminente de estrangulamento, onde o intestino fica preso e perde o suprimento sanguíneo, configurando uma emergência médica com risco de morte e necessidade de cirurgia de grande porte com ressecção intestinal.

4. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

As alternativas ao procedimento proposto foram discutidas e incluem:

- Tratamento Conservador:** Uso de fundas ou cintas abdominais e observação clínica. Esta opção não cura a hérnia, apenas mitiga sintomas e não elimina o risco de complicações agudas.
- Abordagem Laparoscópica / Robótica:** Técnica minimamente invasiva realizada através de pequenas incisões com auxílio de vídeo. Oferece recuperação mais rápida e menos dor pós-operatória, porém sua indicação depende do tamanho e localização da hérnia.
- Abordagem Aberta (Convencional):** Realizada através da cicatriz anterior, sendo muitas vezes a escolha para hérnias volumosas ou com múltiplas aderências.

5. USO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES

Embora a Hernioplastia Incisional não seja rotineiramente associada a grandes perdas sanguíneas, em casos de hérnias complexas com perda de domicílio ou grandes dissecções, pode haver necessidade de transfusão de sangue ou hemocomponentes.

- **Riscos e Benefícios:** O benefício é a manutenção da oxigenação dos tecidos e estabilidade hemodinâmica. Os riscos, embora minimizados pelos rigorosos testes de triagem, incluem reações transfusionais, febre, alergias e, raramente, transmissão de doenças infecciosas.
- **Alternativas:** Incluem o uso de expansores de volume (soros), técnicas de economia de sangue intraoperatória e o uso de medicamentos para estimular a produção de células sanguíneas no pré-operatório, quando o tempo clínico permitir.

6. DISPOSIÇÕES LEGAIS E CONSENTIMENTO

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;

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.

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. 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).

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.

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.

Compreendo e recebo a garantia de que toda a atuação desses profissionais em formação ocorrerá sempre sob a supervisão e responsabilidade de um médico assistente ou preceptor titular, assegurando que o meu cuidado seja conduzido com os mais altos padrões de qualidade e segurança.



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)*.