



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

1. DIAGNÓSTICO E INDICAÇÃO

O paciente apresenta um quadro de hérnia inguinal, que se caracteriza por uma fraqueza ou abertura na parede muscular da região da virilha. Essa falha permite que conteúdos internos do abdome, como gordura ou alças do intestino, projetem-se para fora, formando uma protuberância ou "caroço" visível e, muitas vezes, doloroso. A cirurgia é indicada para reforçar essa parede muscular e reposicionar o conteúdo abdominal, evitando complicações graves e restaurando a integridade anatômica da região.

2. BENEFÍCIOS, PROBABILIDADE DE SUCESSO E RISCOS DO NÃO TRATAMENTO

A correção cirúrgica apresenta uma alta probabilidade de sucesso, permitindo o alívio da dor, a eliminação do desconforto estético e o retorno às atividades cotidianas e profissionais. O não tratamento da hérnia inguinal acarreta riscos progressivos, sendo o mais grave o estrangulamento. Nesta condição, o intestino fica preso na abertura da hérnia, interrompendo a circulação sanguínea (isquemia), o que pode levar à necrose do órgão, infecção generalizada (sepse) e risco de morte, exigindo uma cirurgia de emergência muito mais complexa e perigosa.

3. OPÇÕES E ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO

A intervenção cirúrgica, seja pela técnica aberta ou por videolaparoscopia (cirurgia por vídeo), é o único tratamento definitivo para a cura da hérnia inguinal. Não existem medicamentos que fechem a abertura muscular. O uso de métodos paliativos, como cintas, fundas ou suspensórios escrotais, não cura a doença e pode, inclusive, dificultar a cirurgia futura devido à inflamação crônica que causam, além de não eliminarem o risco de estrangulamento do intestino.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E RISCOS ESPECÍFICOS

A cirurgia consiste no fechamento do defeito muscular, geralmente com o uso de uma tela de material sintético para reforço. Embora seja um procedimento seguro, existem riscos específicos que o paciente deve compreender:

- Necessidade de conversão: Caso a cirurgia seja iniciada por vídeo e ocorram dificuldades técnicas, pode ser necessário mudar para a técnica aberta (laparotomia), resultando em um corte maior;
- Recidiva da hérnia: Risco de a hérnia voltar a aparecer no mesmo local ou próximo à cicatriz (hérnia incisional) ao longo do tempo;
- Retenção urinária: Dificuldade ou impossibilidade temporária de urinar logo após o procedimento, podendo exigir o uso de sonda;
- Orquite: Inflamação, dor e inchaço dos testículos devido à manipulação próxima aos canais espermáticos;
- Lesão de nervos: Possibilidade de lesão de pequenos nervos da região, o que pode causar dor crônica persistente, pontadas ou dormência na virilha e coxa;
- Infecção: Risco de infecção no local do corte, na tela utilizada ou em outros órgãos;
- Sangramento: Ocorrência de hemorragias durante ou após o ato cirúrgico;
- Perfuração de vísceras: Lesão acidental de órgãos próximos, como o intestino ou a bexiga.

5. USO DE SANGUE E HEMODERIVADOS

Embora não seja frequente em cirurgias de hérnia, podem ocorrer hemorragias que necessitem de transfusão sanguínea. Em casos raros de hemorragia maciça por ruptura de grandes vasos da região abdominal ou pélvica, pode haver risco de morte. A transfusão visa salvar a vida do paciente ou evitar danos graves aos órgãos. Os riscos incluem reações alérgicas e febris, enquanto as alternativas (como expansores plasmáticos) serão utilizadas conforme o julgamento médico, embora nem sempre substituam a necessidade de sangue real.

6. PROCESSO DE RECUPERAÇÃO

O pós-operatório exige repouso relativo e deambulação precoce (caminhadas leves) para evitar trombose. O paciente deverá seguir restrições rigorosas quanto ao levantamento de peso e esforços abdominais por um período médio de 30 a 90 dias, conforme orientação médica. O uso de analgésicos e anti-inflamatórios será prescrito para controle da dor, e o acompanhamento em consultas de retorno é obrigatório para avaliar a cicatrização e a integração da tela.

7. ANESTESIA, ÓRTESES E PRÓTESES

O procedimento requer anestesia (geral, raquianestesia ou peridural), cujos riscos incluem reações alérgicas, complicações respiratórias e cardiovasculares. Durante a cirurgia, é comum o uso de órteses e próteses, especificamente telas cirúrgicas de polipropileno ou outros materiais sintéticos, destinadas a reforçar a parede abdominal e reduzir drasticamente as chances de a hérnia retornar.

8. 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)*.