

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

Declaro para fins legais conforme segue:

1 — CONCEITO E INDICAÇÃO

A orquidopexia é um procedimento cirúrgico realizado para o tratamento do testículo não descido (criptorquidia), condição congênita em que um ou ambos os testículos não migraram adequadamente da cavidade abdominal para a bolsa escrotal (escroto) durante o desenvolvimento fetal. A cirurgia consiste em mobilizar o testículo retido, liberar as estruturas que o prendem (cordão espermático) e fixá-lo em sua posição anatômica correta dentro do escroto. O procedimento é indicado para o tratamento da criptorquidia em crianças e adultos, visando: posicionar o testículo no escroto para permitir o seu desenvolvimento e crescimento adequados; reduzir o risco de lesão testicular; diminuir o risco de torção testicular; melhorar a fertilidade futura; facilitar o exame clínico e a detecção precoce de alterações; e reduzir o risco de neoplasia testicular. O objetivo principal é garantir a função testicular adequada e o desenvolvimento normal do órgão.

2 — PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia, conforme avaliação do anesthesiologista. As principais etapas e tecnologias envolvidas incluem: a incisão cirúrgica na região inguinal (virilha) para acesso ao canal inguinal e localização do testículo retido; a liberação do testículo e do cordão espermático das aderências que o mantêm fora do escroto; a dissecação cuidadosa do funículo espermático (estrutura que contém os vasos sanguíneos e o canal deferente) para ganhar comprimento suficiente; a criação de um espaço (bolsa) no escroto para receber o testículo; a fixação do testículo na bolsa escrotal com pontos de sutura, garantindo sua permanência na posição correta; e o fechamento das incisões por planos. Em casos de testículo intra-abdominal, pode ser necessária a abordagem laparoscópica (cirurgia por vídeo com pequenas incisões) ou a realização do procedimento em dois tempos cirúrgicos. São utilizados: instrumental cirúrgico estéril, bisturi elétrico (eletrocautério) para hemostasia, fios de sutura absorvíveis e não absorvíveis, afastadores, material de síntese, e, quando indicado, equipamento de videolaparoscopia com câmera de alta definição.

3 — AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

BENEFÍCIOS ESPERADOS: posicionamento correto do testículo no escroto; favorecimento do desenvolvimento e crescimento testicular adequados; melhora da fertilidade futura; redução do risco de torção testicular; facilitação do exame clínico e da autoavaliação; redução do risco de neoplasia testicular; melhora estética e psicológica; e prevenção de complicações associadas ao testículo retido.

RISCOS PREVISÍVEIS: além das complicações gerais de qualquer procedimento cirúrgico (sangramento, infecção, complicações cardiovasculares e respiratórias, complicações anestésicas), destacam-se os riscos específicos: deiscência (abertura) dos pontos da sutura; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento posterior; formação de hematomas ou edema (inchaço) local; aparecimento posterior de hidrocele (acúmulo de líquido ao redor do testículo); não desenvolvimento ou atrofia testicular após a cirurgia; alterações da espermatogênese (produção de espermatozoides) e/ou infertilidade na idade adulta; retração do testículo com retorno à posição anormal; lesão de estruturas adjacentes como o canal deferente ou os vasos espermáticos; e a possibilidade de não modificar o risco de aparecimento futuro de neoplasias testiculares. Não há garantia absoluta de resultados.



4 — ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas incluem: acompanhamento clínico observacional em casos selecionados (com avaliação periódica da possibilidade de descida espontânea do testículo, especialmente nos primeiros meses de vida); tratamento hormonal (hormonioterapia) com gonadotrofinas, que apresenta resultados limitados e não é rotineiramente recomendado; e a opção de NÃO TRATAMENTO. A não realização do procedimento implica na manutenção do testículo em posição anormal, com risco de: desenvolvimento testicular inadequado, atrofia testicular, comprometimento da fertilidade, maior risco de torção testicular, maior risco de neoplasia testicular, e impacto psicológico e estético. O médico assistente discutiu as alternativas e a relação risco/benefício de cada opção com o paciente e/ou responsável legal.

5 - Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

6 - 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);

7 - 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;

8 - 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:

1. Deiscência (abertura) dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento posterior.
3. Hematomas ou edema local.
4. Aparecimento posterior de hidrocele (acúmulo de líquido no escroto).
5. Não desenvolvimento ou atrofia testicular posterior à cirurgia.
6. Alterações da espermatogênese e/ou infertilidade na idade adulta.
7. Retração do testículo com retorno à posição anormal.
8. Lesão de estruturas adjacentes (canal deferente ou vasos espermáticos).
9. Não modificar o risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares.

E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

9 - 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;

10 - 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;



11 - Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(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;

12 - Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, em linguagem acessível, sobre o procedimento, seus riscos, benefícios e alternativas;

13 - Sei que a medicina não é uma ciência exata e que os resultados não podem ser garantidos, e que o médico exercerá seus melhores esforços e conhecimentos técnicos e científicos para o sucesso do tratamento;

14 - Estou ciente de que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, antes do início do procedimento, sem que isso implique em prejuízo ao meu atendimento;

15 - Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras e completas, e autorizo a realização do procedimento acima descrito, assumindo os riscos inerentes ao mesmo.

16 - 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)*).