

**ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL**

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar uma ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL (retirada do testículo) como forma de tratamento do Câncer de Testículo e realizada por via inguinal para diminuir os riscos de disseminação do tumor. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

- Deiscência dos pontos da sutura.
- Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
- Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
- Hematoma e ou edema no escroto.
- Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de testículo e suas complicações.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Suspensão do ato cirúrgico por condição clínica previamente ou posteriormente ao seu início.
- Possibilidade de cicatrização esteticamente comprometida (cicatriz hipertrófica, retração cicatricial, etc.)

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquiectomia Unilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.

**PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome (se resp. legal):  
Grau de parentesco:  
RG:                      CPF:

**MÉDICO**

Nome:  
CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**TESTEMUNHAS**

Nome completo:  
RG:

Nome completo:  
RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

3ª via: prontuário (*levar para o Hospital no dia do procedimento*)