TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr._____ e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE como forma de tratamento da HIDROCELE. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela, para saída de secreções que será removido após alguns dias.

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 no escroto.
- Hematoma e ou edema no escroto.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Suspensão do procedimento cirúrgico por alteração clínica surgida imediatamente antes ou mesmo após o início do ato cirúrgico.

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 o Tratamento Cirúrgico da Hidrocele 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)*