TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr._____ e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE como forma de tratamento da VARICOCELE (veias varicosas no cordão espermático). 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 na incisão.
- Ausência de melhora do espermograma quando a indicação da cirurgia objetivar o tratamento
- da infertilidade.
- Recidiva da varicocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
- Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Ausência de melhora de dor testicular quando esta estiver presente em concomitância com a varicocele.
- Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico.
- Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, 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 o Tratamento Cirúrgico da Varicocele 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	MÉDICO
Nome (se resp. legal):	Nome:
Grau de parentesco:	CRM:
RG: CPF:	

_____, ___ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:	Nome completo:
RG:	RG:

1ª via: médico 2ª via: paciente 3ª via: prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*