

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CRM - \_\_\_\_\_ sob o nº \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

**DEFINIÇÃO:** consiste em um tratamento da Incontinência Urinária. Como consequência desta operação, permanecerá com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

### COMPLICAÇÕES:

- Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado;
- Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado;
- Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome);
- Formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem (uretrolise);
- Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise);
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada;
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
- Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação;
- Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro;
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias);
- Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas;
- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.11.04.11-8

CID – N.33.8

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

**Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, AUTORIZO de forma expressa sua realização.**

Campos dos Goytacazes (RJ) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG/CPF: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### Testemunhas

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº1.931/09:

É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9 – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art.39 – É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização.