

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM UM SÓ TEMPO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar “ **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA em um só tempo cirúrgico** “, como forma de tratamento da HIPOSPÁDIA PENIANA.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Necrose da pele e da glândula.
3. Hematoma, edema e linfedema.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico.
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Pode ser constatada durante a cirurgia a impossibilidade da execução do procedimento em um só tempo cirúrgico.
8. Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios miccionais e formação de cálculos.
9. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

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 necessitem 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.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um só tempo cirúrgico é a melhor indicação neste momento para o tratamento.

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.

Data __/__/__

Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Nome: (em letra de forma): _____

R.G.: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____

R.G.: _____

Médico Assistente: _____

CRM: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o 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.