

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA INCISIONAL

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético, atendendo ao disposto no art. 34º do Código de Ética Médica (ED. 2019) e no art. 9º da Lei 8.078/90 de informar ao **Paciente e/ou seu Responsável** quanto aos principais aspectos relacionados a **HERNIOPLASTIA INCISIONAL**, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

PROCEDIMENTO

Consiste na técnica, na qual é realizada a **RECONSTRUÇÃO DA PAREDE ABDOMINAL**, no local da cirurgia prévia, sendo necessário, na grande maioria das vezes, o uso de prótese (tela) para sua correção, associado à grandes descolamentos de tecidos, como os músculos oblíquos da parede abdominal. Pode ser realizada por técnica aberta ou minimamente invasiva, a depender da “anatomia da parede abdominal”. Além disso pode ser necessário a retirada da tela utilizada em procedimento prévio.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E RISCOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Lesão de alças intestinais ou outros órgãos contidos na hérnia e aderidos nos tecidos e/ou tela, embolia gasosa, enfisema subcutâneo, lesão por cauterio, lesão de alças intestinais, atelectasia pulmonar, dor em ombros, embolia pulmonar, sensação de gases, recidiva da hérnia, sendo esta muito COMUM, infecção na ferida operatória e na tela, hemorragia por lesão vascular, hematoma ou seroma no local da manipulação podendo ser necessárias punções repetidas para o tratamento, várias consultas de retorno, uso de curativo, uso de cintas abdominais, perda da sensibilidade e necrose na pele do abdômen, aderências abdominais, rejeição dos fios utilizados (granuloma), novas abordagens cirúrgicas. Em virtude de possíveis dificuldades técnicas ou para tratamento de complicações, como hemorragia, pode ser necessária a conversão da operação para laparotomia exploradora, manter o abdômen aberto no pós operatório, podem ser necessários o uso de sondas, drenos e ostomias, prolongamento do tempo de internação, uso de antibióticos e internação em UTI e, inclusive, óbito.

INFORMAÇÕES PERTINENTES

Pode ocorrer cicatriz hipertrófica e quelóide, sendo ocorrências que dependem exclusivamente de fatores relacionados ao paciente e **SEU** processo de cicatrização.

A TELA, POR SER UMA PRÓTESE E, PORTANTO, SE TRATAR DE CORPO ESTRANHO E UM IMPLANTE DEFINITIVO, PODE DESENVOLVER INFECÇÃO EM QUALQUER MOMENTO DA VIDA, MUITAS VEZES DEVENDO SER RETIRADA EM CASO DE OCORRÊNCIA DA MESMA.

Estudos demonstram que seu uso fortalece a parede abdominal no local de aparecimento da hérnia, diminuindo, porém não excluindo, as taxas de recidiva da hérnia, que chegam a até 20 %. Técnicas sem uso de prótese tem taxas de recidivas bem maiores podendo chegar a até 40%.

PECULIARIDADES DO PACIENTE

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF nº ____/____/____-____ () Paciente ()
Responsável (grau de parentesco): _____, autorizo a realização da
HERNIOPLASTIA INCISIONAL e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. _____, CRM: _____ todas as
informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que
compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos
conjuntamente, meu médico e eu, que a **HERNIOPLASTIA INCISIONAL** é a indicação neste momento para meu
quadro clínico.

Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na
realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar
ou diagnosticar novas condições.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos
ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as
recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá
acarretar em prejuízos nos resultados. Declaro ainda que me foi entregue e explicado, na consulta, um formulário
contendo as principais orientações a serem seguidas no período pós-operatório.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo,
frente e verso.

Brasília _____ de _____ de _____ Assinatura _____

Testemunha 1 – Nome _____ CPF: _____ Assinatura _____

Testemunha 2 – Nome _____ CPF: _____ Assinatura _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **HERNIOPLASTIA INCISIONAL** ao paciente/responsável acima
identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo
(s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de
compreender o que lhe (s) foi informado.

Brasília ____ de _____ de _____

Nome completo: _____