

## TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA INGUINAL

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 INGUINAL CONVENCIONAL**, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

### PROCEDIMENTO

Consiste na técnica convencional de tratamento da hérnia inguinal em são realizadas incisões na região inguinal ipsilateral à hérnia, podendo ser bilateral quando houver hérnia dos dois lados. Pode ser feita com técnicas utilizando prótese (tela) ou não, com diferentes níveis de efetividade, de acordo com a literatura médica.

### POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E RISCOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Lesão de alças intestinais ou outros órgãos contidos na hérnia, dor e edema testicular, trombose vascular, embolia pulmonar, sensação de gases, lesões da bexiga, infecção da ferida operatória ( até 2 % dos casos) , hemorragia por lesão vascular, hematoma (acúmulo de sangue), seroma (acúmulo de soro) , hematoma escrotal ou em pênis (homens), recidiva da hérnia, lesão de ductos e nervos, anestesia no local da incisão e coxa.

### INFORMAÇÕES PERTINENTES

Em virtude de possíveis dificuldades técnicas ou para tratamento de complicações, como hemorragia, pode ser necessária a conversão da operação para laparotomia exploradora, podem ser necessários o uso de sondas e drenos, prolongamento do tempo de internação, uso de antibióticos e internação em UTI, inclusive óbito.

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 PORTANTO 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 2 %. Técnicas sem uso de prótese tem taxas de recidivas bem maiores podendo chegar a até 15%.

### PECULIARIDADES DO PACIENTE

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_ ( ) Paciente ( )

Responsável (grau de parentesco): \_\_\_\_\_, autorizo a realização da

**HERNIOPLASTIA INGUINAL** 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 INGUINAL** 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 \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

### TESTEMUNHA 1

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHA 2

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL

Declaro ter explicado todo o procedimento de **HERNIOPLASTIA INGUINAL** 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: \_\_\_\_\_