

## TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA RECIDIVANTE VIDEOLAPAROSCÓPICA

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 RECIDIVANTE VIDEOLAPAROSCÓPICA**, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

### PROCEDIMENTO

Consiste na técnica MINIMAMENTE INVASIVA de tratamento da hérnia RECIDIVANTE em que são realizadas incisões na região abdominal, para tratamento das hérnias recidivantes. So pode ser feita com utilização da prótese (tela), com a mesma efetividade da técnica aberta, 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 (homens), dor em ombros, trombose vascular, enfisema subcutâneo, embolia pulmonar, sensação de gases, **lesões da bexiga, infecção da ferida operatória ( até 10 % 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, hérnia incisional umbilical, aderências abdominais.

### 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, OU SEJA, 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 eximindo, as taxas de recidiva da hérnia, que chagam a até 2 %.

Em alguns casos o paciente pode perceber uma nodulação na região onde era a hérnia, que consiste em processo fibroso de cicatrização. Este nódulo pode ou não sumir com o tempo, e normalmente é assintomático.

### PECULIARIDADES DO PACIENTE

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_ ( ) Paciente ( )  
Responsável (grau de parentesco): \_\_\_\_\_, autorizo a realização da  
**HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE VIDEOLAPAROSCÓPICA** 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 RECIDIVANTE VIDEOLAPAROSCÓPICA** 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 RECIDIVANTE VIDEOLAPAROSCÓPICA** 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: \_\_\_\_\_