

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

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 EPIGÁSTRICA**, complementando as informações prestadas pelo seu médico.

PROCEDIMENTO

Consiste na técnica convencional de tratamento da hérnia EPIGÁSTRICA em que é realizada uma incisão na região EPIGÁSTRICA. Pode ser feita com técnicas utilizando prótese (tela) ou não de acordo com o tamanho do anel herniário.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES E RISCOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Infecção da ferida operatória, Seroma (acúmulo de líquidos), Hematoma (acúmulo de sangue), Recidiva da hérnia, Possibilidade de ocorrer cicatriz hipertrófica e quelóide, sendo ocorrências que dependem exclusivamente de fatores relacionados ao paciente e SEU processo de cicatrização.

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 UM IMPLANTE DEFINITIVO, PODE DESENVOLVER INFECÇÃO EM QUALQUER MOMENTO DA VIDA, MUITAS VEZES DEVENDO SER RETIRADA EM CASO DE OCORRÊNCIA DA MESMA.

PECULIARIDADES DO PACIENTE

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF nº ____/____/____ - ____ () Paciente ()

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

HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA 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 EPIGÁSTRICA** 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 EPIGÁSTRICA** 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: _____