

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor _____ uma ORQUIDOPEXIA VIDEOLAPAROSCÓPICA UNI OU BILATERAL (fixação do(s) testículo(s) no escroto) como forma de tratamento da Criotorquidíia ou Distopia testicular uni ou bilateral.

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

1. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
2. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
4. Possibilidade de enfisema subcutâneo(acúmulo de gás sob a pele).
5. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
7. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
8. Possibilidade de embolia gasosa ainda que extremamente rara.
9. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ouro intra operatório.
10. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção.
11. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento.
12. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento.
13. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações.
14. Deiscência dos pontos da sutura.
15. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
16. Hematomas ou edema local.
17. Aparecimento posterior de hidrocele (água no escroto).
18. Não desenvolvimento ou atrofia testicular posterior a cirurgia.
19. Alterações da espermatogênese e ou infertilidade na idade adulta.
20. Não modificar o risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares.
21. Possibilidade de retirar o testículo se este não for viável

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 os 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 necessitarem 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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquidopexia Videolaparoscópica é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

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: ____ / ____ / _____ Hora: ____ : ____

Assinatura do responsável pelo paciente:

Nome: _____ R.G.: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

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