
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

HERNIOPLASTIA INCISIONAL

Declaro estar de acordo e ciente que:

- 1) Sou portador de HÉRNIA INCISIONAL com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos a operação foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo.

- 2) Serei submetido a Hernioplastia incisional, com ou sem uso de tela, a critério da equipe médica, e com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica. E a técnica me foi explicada pelo médico.

- 3) A cirurgia tem resultados satisfatórios mas podem ocorrer recidivas (retorno da hérnia) em uma pequena porcentagem dos casos, mesmo tendo sido aplicada a técnica correta e o cuidado pós-operatório adequado.

- 4) A minha cooperação no pós-operatório é de fundamental importância para o resultado satisfatório da cirurgia.

- 5) Estou ciente das complicações cirúrgicas tais como sangramentos, reoperações, infecção, edema no local, rejeição da tela ou de pontos, necessidade de abordar órgãos envolvidos na hérnia (intestino, bexiga e outros órgãos abdominais), fistulas, confecção de ostomias (bolsas para coletar fezes ou urina no abdomen) temporárias ou definitivas, internação em centro de terapia intensiva (CTI) e até mesmo o óbito. Complicações clínicas diversas podem ocorrer cardiológicas, vasculares, pulmonares ou cerebrais, associadas ou não a comorbidades prévias. Além de complicações tardias como aderências, dores abdominais, sequelas estético-funcionais ou outras.

- 6) Pode haver necessidade do uso de sondas, drenos e cateteres durante e após a cirurgia.

- 7) Se, durante o procedimento, a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consisto na realização de procedimento diverso e/ou adicional.

- 8) Em algumas circunstâncias a cirurgia pode gerar resultados inesperados já que a medicina não consiste em ciência exata e a resposta do organismo varia entre os indivíduos.

9) Autorizo, desde que minha identidade seja preservada, a obtenção de fotos, vídeos e dados para fins científicos como congressos, publicações e exposições.

10) Em face dos esclarecimentos prestados, após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, ciente do procedimento a ser adotado, assim como de suas limitações, informo meu CONSENTIMENTO para sua realização, extensivo à equipe médica.

Nome: _____

Identidade: _____ Data: ____/____/____

Assinatura (paciente ou responsável legal):
