
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO:

HERNIOPLASTIA ABDOMINAL: () UMBILICAL () EPIGÁSTRICA

Declaro estar ciente que:

1) Sou portador da doença em questão, com indicação cirúrgica, e apesar de saber de tratamentos alternativos, concordo com a cirurgia proposta, a qual foi optada por mim e pela equipe médica em comum acordo.

2) Serei submetido à correção cirúrgica da hérnia com ou sem uso de tela, a critério da equipe médica, com resultados e benefícios comprovados pela literatura médica. 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, com possível necessidade de retirada destes, necessidade de abordar órgãos envolvidos na hérnia (intestino e outros órgãos abdominais), fístulas (vazamento de secreções intestinais ou urinárias), internação em centro de terapia intensiva (CTI), confecção de ostomias (bolsa no abdômen para coletar fezes ou urina) temporárias ou definitivas e até mesmo o óbito. Complicações clínicas diversas podem ocorrer: cardiológicas, vasculares, pulmonares ou cerebrais, associadas ou não a doença prévias. Além de complicações tardias como aderências, dores abdominais e outras.

6) Se, durante o procedimento, a equipe médica tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, tais como isquemia de alças intestinais ou outros órgãos abdominais, poderá ser necessário a realização de procedimento diverso e/ou adicional, como a ressecção do segmento acometido e/ou realização de laparotomia (incisão abdominal aumentada).

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

8) Em algumas circunstâncias a cirurgia pode gerar resultados inesperados, até mesmo seqüelas estético funcionais, 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):
