ITAIGARA® MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM DOIS TEMPOS

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA em dois tempos cirúrgicos, como forma de tratamento da HIPOSPÁDIA PENIANA OU PENO-ESCROTAL. Como resultado desta operação o paciente poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou na uretra e bexiga para drenagem da urina.
Estou ciente que serão necessários dois procedimentos cirúrgicos, pois assim é o planejamento desta técnica e que o resultado final somente poderá ser avaliado após a execução da segunda intervenção cirúrgica. O procedimento apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios, mas não existe garantia total de resultado favorável.
A técnica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo, Dr (a) _____ _____ CREMEB:_____ que também me informou outras opções para o tratamento da doença.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como: Deiscência dos pontos da sutura; Necrose da pele e da glande; Hematoma, edema e linfedema; Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico; Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos; Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos; Não há garantia absoluta da cura da hipospádia podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste Termo de Consentimento e até mesmo o óbito. Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local).
Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório.

ITAIGARA® MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM DOIS TEMPOS

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue** ( ) **Autorizo transfusão de sangue**

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____
Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____
Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____