



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ORQUIECTOMIA UNILATERAL

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a)assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-TO _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirurgião anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: retirada do testículo como forma de tratamento do Câncer de Testículo é realizada por via inguinal para diminuir os riscos de disseminação do tumor. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

COMPLICAÇÕES:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
 2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
 3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
 4. Hematoma e ou edema no escroto.
 5. Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de testículo e suas complicações.
 6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra indicada.
 7. Suspensão do ato cirúrgico por condição clínica previamente ou posteriormente ao seu início.
 8. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- CBHPM – 3.12.03.07-8 CID – C62.9 Infecção relacionada à assistência à saúde. A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:
- Cirurgias limpas: até 4%
 - Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
 - Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado. Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a)médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).



Termo de consentimento livre e esclarecido Orquiectomia unilateral por via inguinal

Declara, 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, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e ser atendido 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.

Palmas / TO _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____
RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____
RG/CPF: _____
CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____

Testemunhas

Nome: _____
RG: _____