

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ Nº CRM: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

## Qualificação do Responsável Legal: (Na hipótese de paciente menor de idade ou incapaz de manifestar sua vontade)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Por meio do presente instrumento, o médico informa e esclarece o paciente quanto ao diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento; além de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal para a realização de todos os procedimentos necessários, atendendo assim os arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica<sup>1</sup>, os arts. 6º, inc. III, e 9º da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor)<sup>2</sup> e art. 15 da Lei 10.406/2002 (Código Civil)<sup>3</sup>.

Declaro para os devidos fins que fui previamente informado(a) pelo, sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento cirúrgico designado de “**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE**”, a que vou me submeter, como forma de tratamento da HIDROCELE. Como consequência desta operação poderei deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela, para saída de secreções que será removido após alguns dias.

Declaro, ainda, estar devidamente informado das **complicações** inerentes ao quadro, especialmente: Deiscência dos pontos da sutura; Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica; Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no escroto; Hematoma e ou edema no escroto; Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; Suspensão do procedimento cirúrgico por alteração clínica surgida imediatamente antes ou mesmo após o início do ato cirúrgico; Possibilidade de formação de nova hidrocele; Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Da mesma forma, fui informado (a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como reações alérgicas, pouco ou muito graves, aos demais medicamentos a serem utilizados, porém, concordo e autorizo meu (a) médico (a) a suspender minha operação em caso de intercorrência (fato adverso) por ocasião da aplicação do anestésico, implique em aumento do risco cirúrgico.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que as evoluções 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 atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIDROCELE

sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
às \_\_\_\_\_ horas e \_\_\_\_\_ minutos

1ª Via: Médico responsável | 2ª Via: Hospital Belo Horizonte | 3ª Via: Paciente / Responsável Legal

_____ Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal	_____ Assinatura do Médico Responsável
_____ Assinatura da 1ª Testemunha CPF: _____	_____ Assinatura da 2ª Testemunha CPF: _____

## Hipótese de Emergência – Impossibilidade de obter o Consentimento Informado

Declaro que, devido ao estado clínico emergencial do paciente, não foi possível seguir com o procedimento de Consentimento Informado. No esforço de afastar os riscos à vida do paciente, tomei os cuidados necessários, incluindo-se a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados, com base em avaliação técnica.

Médico responsável: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**1º Do Código de Ética Médica: É vedado ao médico: Art. 24.** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

**É vedado ao médico: Art. 34.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**2ª Da Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 6º** São direitos básicos do consumidor: III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; [...]

**Art. 9º** O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**3ª Da Lei 10.406/2002: Art. 15.** Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

Rubrica do Médico:	Rubrica do Paciente / Representante:	Rubrica da 1ª testemunha:	Rubrica da 2ª testemunha:
--------------------	---	---------------------------	---------------------------

