

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

- 1.- Através deste procedimento pretende-se a descida do testículo à bolsa escrotal, a correcção da hérnia, se existir, a melhoria da fertilidade e evitar a possível malignização do testículo intra-abdominal.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

- 2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível que, durante ou depois da intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados, de cujos riscos irei ser informado pelos Serviços de Anestesiologia e Hemoterapia.

- 3.- Através desta técnica, que se realiza nos casos em que o testículo não desce à bolsa escrotal, permanecendo no canal inguinal ou no interior do abdómen, trata-se de localizar o testículo, descê-lo e fixá-lo na bolsa escrotal.

O médico explicou-me que o testículo que permanece fora do seu lugar habitual (a bolsa escrotal) durante anos, sofre processos de atrofia e de degeneração maligna, pelo que, em, alguns casos, é necessário a sua excisão (orquiectomia). Esta decisão só pode ser tomada por vezes no próprio acto cirúrgico, pelo que, se for aconselhável a sua realização, dou o meu consentimento para tal.

Sei que a intervenção se realiza sob anestesia geral e que, como o lugar mais frequente de alojamento é o canal inguinal, a secção realiza-se na região inguinal.

- 4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir a descida testicular, pelo que poderá ser necessária uma nova intervenção; aparecimento de hérnia inguinal; necessidade de realizar orquiectomia; lesão dos vasos espermáticos; atrofia testicular; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário efectuar, oscilando desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, em consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos efectuados; complicações da ferida cirúrgica (infecção nos seus diversos graus de gravidade, deiscência da sutura - abertura da ferida -, que pode exigir uma intervenção secundária, fístulas permanentes ou temporárias e defeitos estéticos originados por alguma das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos; intolerância aos materiais de sutura, que pode exigir reintervenção para a sua extracção; nevralgia, hiperestesia -aumento da sensibilidade - ou hipoestesia-diminuição da sensibilidade).

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

6.- O médico explicou-me que as alternativas podem ser a orquiectomia (que, a ser realizada, está associada à colocação de uma prótese na bolsa por razões estéticas), a descida em dois tempos e o auto-transplante testicular, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a orquidopexia.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO
Que me seja realizada ORQUIDOPEXIA

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____