DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA HIDROCELECTOMIA

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.°: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

1.- Através deste procedimento pretende-se eliminar o líquido (hidrocele) acumulado no escroto e obter a melhoria das queixas que o hidrocele me pode ocasionar; o procedimento tem igualmente objectivos estéticos.

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

2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

3.- Através desta técnica, pretende resolver-se o hidrocele, que é uma cavidade de conteúdo líquido que rodeia o testículo. A intervenção para resolver este quadro é a hidrocelectomia. É uma intervenção ligeira, que se realiza por meio de uma incisão no escroto (bolsa do testículo). Depois da cirurgia, a bolsa permanece inflamada durante um tempo variável.

O pós-operatório é curto e pode exigir drenagem escrotal durante um certo tempo.

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: possibilidade de eliminação incompleta; no caso de hidrocelectomia bilateral, não poder levar a cabo a exérese completa num único acto cirúrgico; infecção com inflamação do testículo, que se trata medicamente, raramente exigindo a extirpação do testículo; 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; problemas e 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; nevralgias, hiperestesia -aumento da sensibilidade - ou hipoestesia –diminuição da sensibilidade). Existe, embora rara, possibilidade de recidiva, isto é, de voltar a aparecer o hidrocele.

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 possíveis são a punção evacuadora e a esclerose, mas que, na minha situação, a opção mais indicada é a hidrocelectomia.

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 HIDROCELECTOMIA

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____