DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA VARICOCELECTOMIA

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 a melhoria da fertilidade, assim como a melhoria dos sintomas que o varicocele pode originar.

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, localizam-se, ligam-se e seccionam-se as veias testiculares dilatadas.

Sei que o varicocele consiste na dilatação anómala das veias (varizes) do testículo e que o seu diagnóstico é obtido através de sintomas como peso e dor escrotal ou aumento das dimensões do escroto, sobretudo ao realizar um esforço (defecação, movimentação de cargas, etc.), ou através da investigação de um quadro de infertilidade masculina.

O médico explicou-me que a incisão é realizada ao nível inguinal, mais ou menos alta, sob anestesia regional ou geral, e que o pós-operatório desta intervenção é habitualmente curto, retirando-se os pontos após a alta hospitalar.

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: existe uma percentagem de casos em que a fertilidade não melhora, apesar da correcção do varicocele; persistência das queixas e das dilatações varicosas no escroto; formação de um hidrocele (líquido no escroto); formação de um hematoma escrotal; atrofia do testículo; aparecimento de uma hérnia inguinal; hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que venha ser necessário, oscilando desde uma gravidade mínima até à possibilidade de morte, em consequência directa da hemorragia ou por efeitos secundários dos tratamentos utilizados; lesão de órgãos anexos, vasos, nervos e intestino; problemas e complicações da ferida cirúrgica (infecção com diferentes graus de gravidade; deiscência da sutura –abertura–, fístulas permanentes ou temporárias, defeitos estéticos originados por algumas das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos, intolerância aos materiais de sutura, que pode exigir reintervenção para a extracção daqueles, nevralgias, 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 são a embolização e a escleroterapia, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a varicocelectomia.

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 VARICOCELECTOMIA

Local: _____ Data: ____/____/_____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____