

UROPEDIATRIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM DOIS TEMPOS.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPADIA em dois tempos cirúrgicos, como forma de tratamento da HIPOSPADIA PENIANA. OU PENO-ESCROTAL. Como resultado desta operação, meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou na uretra e bexiga para drenagem da urina. Estou ciente que serão necessários dois procedimentos cirúrgicos, pois assim é o planejamento desta técnica e que o resultado final somente poderá ser avaliado após a execução da segunda intervenção cirúrgica.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Necrose da pele e da glândula;
3. Hematoma, edema e linfedema;
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico;
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
7. Aparecimento tardio de pelos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos;
8. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um dois tempos é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: ___/___/____ Hora: ___:___

Assinatura do paciente: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão por ele tomadas livremente.