

**ANDROLOGIA**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE como forma de tratamento da VARICOCELE (veias varicosas no cordão espermático). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento;
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor;
4. Hematoma e ou edema na incisão;
5. Ausência de melhora do espermograma quando a indicação da cirurgia objetivar o tratamento da infertilidade;
6. Recidiva da varicocele requerendo novo procedimento cirúrgico;
7. Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia;
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada;
9. Ausência de melhora de dor testicular quando esta estiver presente em concomitância com a varicocele;
10. Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico.
11. Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção ) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc).

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Cirúrgico da Varicocele é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ 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 seu 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.**