

TERMO DE CONSENTIMENTO

Por este instrumento particular o (a) paciente ou seu responsável Sr. (a) _____
_____ legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização
ao (à) médico(a) assistente, Dr. (a) _____ inscrito(a) no
CRM _____ sob O n° _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde,
bem como executar o tratamento cirúrgico designado "INCONTINÊNCIA URINÁRIA - SLING", e todos os
procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer,
podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido
(a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22^o e 34^o do Código de Ética Médica e no art. 9^o da Lei 8.078/90 (abaixo
transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado,
prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido
e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: a cirurgia visa corrigir a perda espontânea de urina, podendo ser usada tela de olipropileno.

COMPLICAÇÕES:

1. Hemorragias durante a cirurgia ou no pós-operatório, podendo nestes casos, necessitar reintervenção cirúrgica.
2. Lesões de outros órgãos: bexiga, uretra, intestino.
3. Hematomas (acúmulo de sangue) na ferida operatória.
4. Trombose venosa profunda.
5. Pulmonares: atelectasia, pneumonia e embolia (esta muito grave, podendo levar a óbito).
6. Infecções: ferida operatória, vias urinárias, peritonite (infecção na cavidade abdominal).
7. Hérnia incisional (aquela que se forma na cicatriz cirúrgica).
8. Prolapso da cúpula vaginal.
9. Retenção Urinária pós cirúrgica.
10. Insucesso no tratamento da incontinência urinária.
11. Expulsão da tela (necessitando retirada desta).
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - 3.11.03.33-2

CID - N81.9

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica - Art. 22^o. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34^o. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9^o - O fornecedor

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Assinaturas:

Paciente/responsável

Médico – CRM

Testemunhas: