

	DOCUMENTOS DE GESTÃO DA QUALIDADE	Número do documento: HD-FR-753 Data de Publicação: 07.12.2023 Revisão nº:00 Data de revisão: ... Número da página: 1/3
	FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA DE HÉRNIA UMBILICAL	

Nome-Sobrenome do Paciente:

Data de nascimento :

Data :

Número do protocolo :

INFORMAÇÕES GERAIS

É seu direito natural ser informado sobre sua condição médica e o tratamento médico/cirúrgico e todos os procedimentos de diagnóstico recomendados para o tratamento de sua doença. Depois de conhecer os benefícios e possíveis riscos do tratamento médico e das intervenções cirúrgicas, cabe a você decidir se consente ou não com o procedimento. O objetivo desta declaração não é assustá-lo ou preocupá-lo, mas torná-lo um parceiro mais consciente nas decisões relativas à sua saúde. Se desejar, todas as informações e documentos relativos à sua saúde poderão ser entregues a você ou a um familiar que considere apropriado. Este formulário foi preparado para ajudar o médico que o acompanha a informá-lo sobre os riscos do tratamento/intervenção planeado para lhe ser aplicado e métodos de tratamento alternativos. Por favor, leia este formulário na íntegra e com atenção e assine este termo de consentimento após a leitura do formulário e após todas as suas hesitações sobre o procedimento relevante terem sido resolvidas pelo médico.

ASSUNTOS QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE SUA DOENÇA

Hérnia umbilical é a protrusão de órgãos intra-abdominais pela abertura devido à fraqueza das estruturas da região umbilical ou supra-umbilical da parede abdominal anterior, por causas congênitas ou adquiridas.

ANESTESIA

No formulário de informações sobre anestesia, você verá informações sobre anestesia e possíveis riscos. Se você tiver alguma dúvida, consulte seu anestesista. Caso não seja fornecido um formulário de informações, solicite-o.

QUE TIPO DE TRATAMENTO/INTERVENÇÃO SERÁ APLICADO (DEVE CONTER INFORMAÇÕES SOBRE TRATAMENTOS ALTERNATIVOS):

Para reparar a hérnia, é feita uma incisão na região umbilical sob anestesia regional, local ou geral, e a hérnia e o saco herniário são localizados e liberados das estruturas vizinhas. Depois que o saco herniário liberado é removido ou empurrado para dentro do abdômen, a área ou áreas fracas/rasgadas na parede abdominal são detectadas. Após esta etapa dependendo do estado da área a ser reparada e da preferência do cirurgião, a área fraca é reparada fortalecendo-a com a ajuda de materiais de sutura não dissolvíveis e/ou a área fraca/rasgada é reparada com vários materiais de remendo semi-absorvíveis/não absorvíveis. Então as camadas de tecido são fechadas uma por uma.

BENEFÍCIOS ESPERADOS DO TRATAMENTO

O objetivo da cirurgia é aliviar a dor e o inchaço na área da hérnia e prevenir obstruções intestinais e distúrbios da circulação dos órgãos que possam ocorrer no futuro. A probabilidade de sucesso da cirurgia é de 95%.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Sangramento pode ocorrer durante e após a cirurgia. Dependendo disso, outra cirurgia pode ser necessária. A cicatriz na área cirúrgica pode encolher com o tempo ou crescer excessivamente para formar um queijoide.

Uma infecção/abscesso pode se desenvolver na ferida cirúrgica, causando dor, vermelhidão ou secreção e, portanto, pode ser necessário usar antibióticos e/ou drenar o abscesso.

Pode ocorrer acúmulo de sangue ou líquido na área cirúrgica, e a hérnia pode recorrer devido a isso ou à tensão precoce antes que a cicatrização da ferida seja concluída.

Os materiais de sutura e/ou adesivos utilizados podem inflamar ou ser rejeitados pelo corpo com uma reação de hipersensibilidade. Portanto, pode ser necessária outra cirurgia ou procedimento para remover esses materiais do corpo.

Existe risco de lesão de órgãos intra-abdominais devido à sua proximidade com a área cirúrgica. Portanto, pode ocorrer fraqueza na função digestiva.

No pós-operatório podem ocorrer restrições nos movimentos diários, nos hábitos, nos prazeres e na vida.

Os riscos descritos acima são maiores em pacientes com diabetes mellitus, hipertensão, excesso de peso ou doença cardíaca significativa do que em outros pacientes.

INFORMAÇÕES PERSONALIZADAS

Nome e Sobrenome do Paciente:..... assinatura:..... data:.....

Nome do Médico Sobrenome..... assinatura:..... data:.....

Autorizo a revisão das informações clínicas dos meus registros médicos com a finalidade de promover estudos médicos, pesquisas médicas e educação médica, desde que as regras de confidencialidade do paciente contidas no regulamento de direitos do paciente sejam cumpridas. Autorizo que os resultados da pesquisa sejam publicados na literatura médica, desde que a confidencialidade do paciente seja protegida.

Estou ciente de que posso me recusar a participar de tal estudo e que esta recusa não afetará de forma alguma o meu tratamento.

Foto/Visualizadores: Autorizo que o procedimento seja fotografado ou filmado, incluindo partes apropriadas do meu corpo, para fins científicos, médicos ou educacionais, desde que as imagens não revelem a minha identidade. Aprovo também a introdução de observadores qualificados na sala de cirurgia durante a cirurgia, no interesse de melhorar a educação médica. Li e compreendi o conteúdo do termo de consentimento informado. Todos os campos deste formulário foram preenchidos antes de eu assinar e receber uma cópia.

Consentimento do Paciente:

Entendo que a prática médica não é uma ciência exata e que nenhuma garantia pode ser dada em relação aos resultados ou ao tratamento. No documento de aprovação e na reunião com os médicos, recebi informações detalhadas sobre minha condição, o procedimento a ser realizado e seus riscos, além das opções de tratamento. Declaramos estar cientes de que somos responsáveis por esta questão e que aceitamos e aprovamos a cirurgia sem sofrer qualquer violência, sugestão, pressão material ou moral. Sei



que dispositivos médicos como raio-x, fluoroscopia, ultrassonografia, cintilografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc. podem ser necessários durante as intervenções, e que posso estar exposto a raios que podem causar efeitos negativos à minha saúde em alguns desses dispositivos/aplicações, e aprovo o uso desses dispositivos médicos se considerar necessário.

Sei que, muito raramente, uma situação única pode surgir durante o procedimento e, neste caso, dou permissão e aprovação à equipe que realizará o procedimento para tomar as medidas que julgar apropriadas.

Assino este formulário conscientemente e sem necessidade de explicações adicionais.

Nome e Sobrenome do Paciente: Data/Hora :

assinatura :

ou

Responsável/Parente do Paciente Data/Hora :

Nome e Sobrenome : assinatura :

(Relatividade)

Nome e Sobrenome do Tradutor:

assinatura :

Foram feitas explicações adequadas e satisfatórias ao paciente/familiar do paciente cujo nome está escrito acima sobre a doença, a intervenção a ser realizada, o motivo e os benefícios desta intervenção, os cuidados necessários após a intervenção, os riscos esperados, o tipo de anestesia a ser aplicada se necessária para a intervenção e os riscos e complicações da anestesia. O paciente/familiar do paciente leu e assinou este formulário com seu próprio consentimento, indicando que foi devidamente informado sobre sua inscrição.

Nome do Médico Sobrenome: Data/Hora:

assinatura :