

**FORMULÁRIO**  
**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**HÉRNIA**  
**HOSPITAL OURO BRANCO**

INT: 011

Revisão:001  
Data: 13/12/2022

**DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Quarto / Leito: \_\_\_\_\_ /  
Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

**TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HÉRNIA**

Eu \_\_\_\_\_ portador do RG: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_  
declaro que optei ou fui orientado em realizar o procedimento cirúrgico de Hérniorrafia aberta ou por vídeolaparoscopia,  
que será realizada pelo Cirurgião:

Nome Médico: \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ /

Para executar meu tratamento cirúrgico 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.

Declaro, que o médico (a) cirurgião, 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.

Declaro também estar ciente que poderá ser utilizado uma tela e que esta pode ser costurada sobre a musculatura ou posicionada abaixo dela, nas cirurgias vídeolaparoscópicas e em alguns casos de retorno da hérnia pós-cirurgia(s) prévia(s). Em alguns casos, podem ser utilizados grampos metálicos, de titânio, para fixação da tela, permanentes.

Para esta cirurgia pode ser utilizado anestesia raquimedular ou geral (obrigatória em cirurgia por vídeo). Alguns pacientes podem ser operados com anestesia local e sedação endovenosa.

Declaro estar ciente de que pode haver a conversão para cirurgia aberta (com corte) nos casos em que a opção inicial for vídeolaparoscopia, por condições próprias do paciente, da cirurgia/patologia em tratamento ou por situações inesperadas.

Declaro ainda estar ciente das possíveis complicações, tais como: formação de seroma, hematomas com ou sem infecção local, infecções locais, nova cirurgia para retirada da tela, dor crônica de intensidade variada na região inguinal e/ou escrotal persistente após três meses de cirurgia, complicações testiculares permanentes/atrofia testicular, rejeição da tela, complicações cardiológicas, respiratórias, pulmonares, trombozes, embolia pulmonar, possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceitei, compromissando-me em respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim (ou ao paciente).

Declaro, 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 médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado (a) a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido (a) em minhas 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, expresse o pleno consentimento para sua realização.

Teutônia:

Assinatura Paciente

Assinatura Cirurgião

Assinatura Responsável