

COLAR ETIQUETA**Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Eu, abaixo assinado, autorizo o _____ a realizar o **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE UNILATERAL OU BILATERAL** como forma de tratamento da HIDROCELE. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer, a critério de meu médico, com um dreno de látex na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura (abertura do corte).
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento medicamentoso e/ou drenagem cirúrgica no local.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no escroto.
4. Hematoma e ou edema no escroto.
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
6. Recidiva da Hidrocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
7. Atrofia testicular (redução do volume do testículo).

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 Hidrocele 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 ou responsável: _____

Nome (em letra de forma): _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

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.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente