

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – SLING PUBO VAGINAL OU TENSION FREE VAGINAL TAPE

DECLARANTE

Nome:

Idade: : Data Nascimento:/...../.....

Endereço: :

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor: :

Data de emissão: : CPF:

☐

Paciente

☐

Representante legal

☐

Representante familiar

☐

Responsável

OBS.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente.

PACIENTE

Nome:

Idade: Data Nascimento:/...../.....

Endereço:

Tel.: () : Cel.: () :

Identidade n.º: Órgão Expedidor: :

Data de emissão: CPF:

1) DECLARO

Que o Doutor:

Nome:

CRM n.º:

Instituição:

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de

(em minha pessoa ou no paciente supra mencionado) ser conveniente e indicado proceder SLING PUBO VAGINAL OU TENSION FREE VAGINAL TAPE.

Por este documento denominado de Consentimento pós-informado, fui informada pela equipe de Ginecologistas do Hospital Universitário Mário Palmério de que possuo o diagnóstico de INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO e que me é conveniente realizar procedimento cirúrgico denominado SLING PUBO VAGINAL OU TENSION FREE VAGINAL TAPE pela equipe de cirurgias ginecológicas deste hospital.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – SLING PUBO VAGINAL OU TENSION FREE VAGINAL TAPE

As técnicas acima mencionadas consistem na colocação de uma faixa de material sintético (polipropileno mono ou multifamentado) ou de aponeurose (retirado do próprio paciente) junto a uretra. A anestesia será realizada pelo serviço de anestesia do Hospital Universitário Mário Palmério.

A referida cirurgia apresenta as seguintes complicações possíveis:

1. Hemorragias com necessidade de transfusão de sangue ou não;
2. Lesões acidentais de intestinos, bexigas, ureteres, vasos abdominais ou femorais;
3. Necessidade de reoperação imediata;
4. Febre no pós-operatório;
5. Infecção da ferida cirúrgica;
6. Infecção do abdome (peritonite);
7. Erosão de uretra (exposição da faixa para a uretra e necessidade de se retirar a faixa);
8. Erosão da vagina (exposição da faixa na vagina e eventual necessidade de se retirar a faixa);
9. Fístulas (comunicações anormais entre os órgãos e/ou com o exterior);
10. Retenção urinária prolongada, o que pode levar eventualmente a se desfazer a cirurgia.
11. Outras complicações mais raras, aqui não descritas.

Entendo que a técnica cirúrgica pode, a meu bem ser modificada mediante o que os cirurgiões decidirem durante o ato operatório. Entendo também que esta cirurgia não implica necessariamente em cura do problema. As técnicas apresentam taxas de sucesso acima de 90% em cinco anos de segmento, o que significa que alguns pacientes podem não se curar. Fui informada também que toda intervenção cirúrgica implica em um mínimo de risco que pode inclusive cursar com óbito. Ciente desta situação autorizo a equipe de cirurgiões ginecológicos do MPHU a realizarem o referido procedimento, estou também ciente que a qualquer momento antes da realização da cirurgia posso mudar de opinião e desautorizá-la, tornando este documento sem efeito.

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:
CPF:

.....
NOME:
CPF:

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO – SLING
PUBO VAGINAL OU TENSION FREE VAGINAL TAPE**

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: / / e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data:

Assinatura do Médico/ Carimbo

Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....
NOME:

CPF:

.....
NOME:

CPF: