

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO HERNIORRAFIA

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente _____ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo **HERNIORRAFIA** _____, que tem por finalidade CORRIGIR O DEFEITO DA PAREDE DO ABDOME QUE DEU ORIGEM A HÉRNIA _____.

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo responsável do paciente.

Eu, _____, documento de identificação n.º _____ (grau de parentesco: _____).

Declaro que:

1. Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes complicações:
 - a) Dor, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma no local da cirurgia.
 - b) Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
 - c) Febre e/ou infecção local com saída de pus.
 - d) Abertura dos pontos.
 - e) Cicatriz grosseira e elevada, conhecida como cicatriz hipertrófica ou queloide.
 - f) Se refizer a hérnia haverá necessidade de novo procedimento cirúrgico.
 - g) Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
2. Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável.
3. Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**.
5. Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos, benefícios e alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto.
6. Recebi explicações, li, comprehendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável: _____

Testemunhas:

Assinatura: _____ Nome: _____
CPF n.º: _____

O espaço a seguir deve ser preenchido pelo médico.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20_____. Hora: _____

Assinatura e carimbo: _____

Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia - CNPJ 29.251.097/0001-97

Rua Conselheiro Otaviano, nº 129 - Centro

Campos dos Goytacazes/RJ - (22) 2737-1500