

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 4

## LEIA ANTES DE ASSINAR



SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE UROLOGIA

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REVERSÃO DA VASECTOMIA

Prezado(a) ,

Ao assinar este documento, você estará autorizando a realização de intervenção cirúrgica e declarando ter recebido todas as informações necessárias para a exata compreensão de seu diagnóstico, do tratamento proposto e dos riscos envolvidos. Leia todo o documento antes de assiná-lo! Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas e estiver de acordo com as declarações descritas abaixo, de forma livre, espontânea e esclarecida.

A assinatura do presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar. O paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL			
Nome	Henrique Gobbi Tótola	CRM	11766
Telefone	27992542135		
Especialidade	Urologia	RQE	10866
Endereço	Rua Henrique Moscoso, 531 - Praia da Costa,		
Cidade	Vila Velha	UF	ES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome			Tel.		
RG		CPF		Nasc.	
Endereço					
Cidade			UF		

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 2 de 4

### LEIA ANTES DE ASSINAR

#### ESCLARECIMENTOS CONTEÚDO OBRIGATÓRIO (Resolução CFM nº 1/2016)

##### Descrição, sucinta, clara e objetiva do procedimento cirúrgico

Eu, abaixo assinado, autorizo o médico autorizado e/ou seus assistentes a realizar o procedimento

**REVERSÃO DA VASECTOMIA** como forma de tratamento da infertilidade obstrutiva causada pela vasectomia realizada por mim há anos. Eu compreendo que existem riscos associados com este procedimento. O procedimento planejado e a técnica empregada da cirurgia de reversão de vasectomia foi a mim explicado pelo meu médico.

Estes incluem, mas não são limitados a:

- 1) Deiscência (desprendimento) dos pontos da sutura
- 2) Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento medicamentoso e/ou drenagem cirúrgica no local.
- 3) Necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor
- 4) Hematoma, sangramento e ou edema na incisão e/ou escroto
- 5) Ausência de melhora do espermograma
- 6) Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia
- 7) Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc)
- 8) Febre e calafrios
- 9) Lesão testicular
- 10) Atrofia testicular
- 11) Diminuição do tamanho e da função do testículo
- 12) Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
- 13) Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico
- 14) Reconheço que a melhora do padrão seminal devido a cirurgia não garante gravidez e a melhora do espermograma inicial pode não ser mantida devido a possibilidade de uma nova obstrução espontânea decorrente da cirurgia.

Foi explicado que as taxas de sucesso da cirurgia estão relacionadas ao tempo pregresso da vasectomia.

Estou ciente que durante a cirurgia será analisado a condição local e decidido conforme achados se a reversão de vasectomia será realizada entre as duas extremidades do ducto deferente ou entre o ducto deferente e o epidídimo.

Estou ciente que as orientações de pós-operatório em relação ao repouso e abstinência sexual explicadas pelo meu médico devem ser seguidas para que se evitem complicações e consequente piora do resultado da cirurgia.

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 esta é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 3 de 4

### **LEIA ANTES DE ASSINAR**

anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e os seus assistentes designados por ele, 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 necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Foi explicado o procedimento e informado dos riscos envolvidos neste procedimento, os riscos envolvidos se eu não realizar este procedimento, os possíveis métodos alternativos de tratamento, e os riscos envolvidos nestes métodos alternativos. Eu tive a oportunidade de discutir este procedimento com o meu médico e recebi respostas a todas as questões que eu perguntei. Os possíveis resultados deste procedimento me foram explicados, e eu compreendi que **NÃO EXISTE GARANTIA OU SEGURANÇA ABSOLUTA** de que qualquer resultado particular possa ser obtido.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anestesiológista aprovado pelo meu médico. Compreendo que toda anestesia envolve certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 4 de 4

**LEIA ANTES DE ASSINAR**

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

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. Todos os espaços em branco foram preenchidos antes que eu assinasse este formulário.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Na qualidade de médico responsável e em cumprimento à Resolução CFM nº 1/2016, DECLARO que expliquei ao paciente, de forma clara, objetiva e verbal, todo o procedimento cirúrgico proposto, prestando-lhe todas as informações pertinentes, inclusive aquelas especificadas acima. Também foram por mim prestados todos os esclarecimentos solicitados pelo paciente, após os quais, este se declarou consciente, esclarecido e isento de dúvidas.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico responsável

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--