

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar “ **CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA em um só tempo cirúrgico** “, como forma de tratamento da HIPOSPÁDIA PENIANA.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Necrose da pele e da glândula;
3. Hematoma, edema e linfedema;
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico;
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
7. Pode ser constatada durante a cirurgia a impossibilidade da execução do procedimento em um só tempo cirúrgico;
8. Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios miccionais e formação de cálculos;
9. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores;
10. Sangramento com necessidade de transfusão.

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.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um só tempo cirúrgico é a melhor indicação neste momento para o tratamento.

**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** \_\_/\_\_/\_\_

**Assinatura do responsável pelo paciente:** \_\_\_\_\_

**Nome: (em letra de forma):** \_\_\_\_\_

**R.G.:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Testemunha:** \_\_\_\_\_

**R.G.:** \_\_\_\_\_

**Médico Assistente:** \_\_\_\_\_

**CRM:** \_\_\_\_\_

**Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.**

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.