

CONSENTIMENTO INFORMADO

PARA CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade n°: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a de CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

Declaro, ainda, estar devidamente informado (a) dos riscos presentes ao referido ato cirúrgico, bem como de complicações inerentes ao quadro, especialmente: infecção de urina e retenção de urina e, excepcionalmente, abscesso na zona da ferida cirúrgica; hematoma na zona da ferida cirúrgica; abertura nos pontos realizados na cirurgia; lesões de bexiga, uretra e ureter; rejeição ou alergia ao material sintético utilizado; flebites e tromboflebites; embolia pulmonar. E, ainda, que poderá haver mudanças no hábito urinário com o aumento do número de micções, o enfraquecimento da força do jato da urina, e desejo mais urgente de urinar, mudanças essas que podem ser temporárias ou permanentes.

Fui ainda informado (a) que não existe técnica cirúrgica no momento que garanta 100% de sucesso, isto é a incontinência pode retornar parcial ou totalmente, imediatamente após a cirurgia ou no decorrer dos anos.

Fui informado (a) também da necessidade de uso de sonda vesical durante o ato cirúrgico, sendo certo que a mesma poderá permanecer por até 7 dias, se necessária.

Se, durante o procedimento, ou mesmo no período de pós-operatório, o médico cirurgião tomar conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar referidas condições.

Assim, declaro que estou satisfeito (a) com as informações recebidas de forma oral e escrita, em linguagem clara e simples por parte de meu médico e sua equipe, e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA proposta.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo Termo de
Consentimento