

DOCUMENTO DE "CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO" PARA REALIZAÇÃO DE  
PROCEDIMENTO MÉDICO

PROCEDIMENTO INFORMADO  
CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER

DECLARANTE

Nome:.....

Idade:.....

Endereço:.....

Tel.:(    ).....

Identidade n.o: : ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão:.....

Paciente ☐ Representante legal ☐ Representante familiar ☐ Responsável ☐

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

PACIENTE

Nome:.....

Idade:.....

Endereço:.....

Tel.:(    ).....

Identidade n.o: : ..... Órgão Expedidor: : .....

Data de emissão:.....

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 CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Esclareceu-me que:

1. A intervenção consiste no reforço de músculos e estruturas que formam o assoalho da pélvis.
2. A intervenção cirúrgica no processo de incontinência urinária não garantirá absolutamente a correção da mesma de modo permanente. Há uma porcentagem de fracasso entre 30 e 40%.
3. No caso de fracassar a intervenção, o estado da incontinência urinária não se acentua, salvo em casos excepcionais.
4. A via através da qual será realizada a intervenção será preferentemente:

.....

5. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada
6. As complicações que a intervenção poderá acarretar são:
  - o - Freqüentes:
    1. a) Infecção de urina;
    2. b) Retenção de urina;
  - o - Excepcionais:
    1. a) Abscesso na zona da ferida cirúrgica;
    2. b) Hematoma na zona da ferida cirúrgica;
    3. c) Deiscência nas suturas realizadas na intervenção;
    4. d) Lesões de bexiga, uretra e uréter;
    5. e) Flebites e tromboflebites;
    6. f) Embolia pulmonar.
7. Outras opções terapêuticas conservadoras:
  1. a) Tratamento médico;
  2. b) Ginástica perineal, que, tal como a intervenção cirúrgica, não garantirá a correção da incontinência.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tal razão e nestas condições:

CONSINTO

Que se realize a CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Local e data:

.....

.....  
Médico

.....  
Paciente ou Representante ou Responsável

TESTEMUNHAS:

.....

.....