

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA HERNIORRAFIA/HERNIOPLASTIA

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento proposto: _____

Fui devidamente informado(a) de que sou portador(a) de hérnia, condição caracterizada pela protrusão de conteúdo abdominal através de uma área de fraqueza da parede abdominal, o que pode causar dor, desconforto, aumento de volume local e risco de complicações, como encarceramento ou estrangulamento da hérnia.

Foi-me esclarecido que o tratamento indicado é cirúrgico, podendo ser realizado por herniorrafia (reparo da hérnia com sutura dos tecidos) e/ou hernioplastia (reparo com utilização de tela ou outro material protético), por via aberta ou minimamente invasiva, conforme avaliação médica, características da hérnia e minhas condições clínicas.

Também fui informado(a) sobre alternativas ao procedimento, quando existentes, bem como sobre os riscos da não realização da cirurgia.

O procedimento de herniorrafia/hernioplastia tem como objetivo corrigir o defeito da parede abdominal, promovendo a redução ou eliminação do abaulamento herniário e aliviando sintomas como dor e desconforto. A cirurgia visa prevenir complicações graves, como encarceramento ou estrangulamento da hérnia, que podem representar risco à saúde. Espera-se, ainda, melhora da capacidade funcional, do conforto nas atividades diárias e da qualidade de vida. Os resultados dependem de fatores individuais, do tipo de hérnia, da técnica empregada e do adequado seguimento das orientações médicas no pós-operatório.

Estou ciente de que, como todo procedimento cirúrgico, a herniorrafia/hernioplastia envolve riscos, mesmo quando realizada com técnica adequada. Podem ocorrer dor e desconforto no pós-operatório, sangramento, hematoma, seroma, infecção da ferida operatória, edema local e atraso na cicatrização. Existe a possibilidade de rejeição, infecção ou deslocamento da tela, quando utilizada, bem como recidiva da hérnia. Em situações menos frequentes, podem ocorrer lesões de estruturas adjacentes, dor crônica, alterações de sensibilidade local ou necessidade de nova

intervenção cirúrgica. Também há riscos relacionados à anestesia e aos medicamentos utilizados, além da possibilidade de intercorrências imprevisíveis que exijam medidas adicionais para preservação da saúde.

Fui orientado(a) quanto à necessidade de seguir corretamente as recomendações médicas após o procedimento, incluindo uso de medicações, cuidados com a ferida operatória, restrição de esforços físicos, retorno às consultas de acompanhamento e observação de sinais de complicações, os quais são fundamentais para uma adequada recuperação.

Declaro que recebi todas as informações necessárias de forma clara e compreensível, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas e compreendo a indicação, os benefícios, os riscos e as alternativas ao procedimento proposto.

Assim, AUTORIZO, de forma livre e esclarecida, a realização da herniorrafia/hernioplastia conforme indicado pelo(a) médico(a) responsável, bem como a adoção das medidas que se fizerem necessárias em caso de intercorrências durante o ato cirúrgico.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

