


| QUALIDADE | | Código do Formulário QLD.FOR.037 |
|---|---|-------------------------------------|
| TERMO DE CONSENTIMENTO | | |
|  | Código: CC.TCLE.032 | |
| | Data Revisão Atual:05/05/2026 | Data do Vencimento:05/05/2028 |
| | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sling – Correção de Incontinência Urinária | |

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto nos artigos 6º, III e 9º da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor) que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____, inscrito no CRM-RS sob o Nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ " por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO E INDICAÇÃO: Correção Cirúrgica como forma de tratamento da Incontinência Urinária. Como consequência desta operação a paciente permanecerá com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

COMPLICAÇÕES:


1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
2. Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
3. Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome).
4. Formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem (uretrolise).
5. Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise).
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
9. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
10. Possibilidade de rejeição da tela de sling ou até mesmo sua eliminação espontânea.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- ⌚ Cirurgias limpas: até 4%
- ⌚ Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- ⌚ Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

| QUALIDADE | | Código do Formulário QLD.FOR.037 | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| TERMO DE CONSENTIMENTO | | | |
|  | Código: CC.TCLE.032 | | |
| | Data Revisão Atual:05/05/2026 | | Data do Vencimento:05/05/2028 |
| | Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Sling – Correção de Incontinência Urinária | | |

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável _____

RG: _____

CPF: _____

Md _____

CRM _____

CNS _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.