


QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037
	TERMO DE CONSENTIMENTO	
	Código: CC.TCLE.038	
	Data Revisão Atual: 08/05/2026	Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Varicocele	

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o N° _____, 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: é a dilatação anormal das veias do plexo pampiniforme do cordão espermático, semelhante a “varizes” na região dos testículos. Ocorre devido ao refluxo ou dificuldade no retorno do sangue venoso, sendo mais frequente do lado esquerdo. Pode causar dor, sensação de peso escrotal e alterações na fertilidade masculina.

INDICAÇÃO: melhorar os sintomas, preservar a função testicular e, em alguns casos, melhorar a fertilidade masculina. O tratamento pode ser cirúrgico (varicocelectomia) ou por embolização endovascular. Pode ser indicado nas seguintes situações:


- Dor ou desconforto testicular persistente;
- m Alterações no espermograma associadas à infertilidade masculina;
- Infertilidade conjugal com presença de varicocele;
- Redução do volume (atrofia) testicular, especialmente em adolescentes;
- Sensação de peso ou aumento volumétrico do escroto;
- Varicocele de grande volume ou progressiva;
- Alterações hormonais relacionadas à função testicular.

COMPLICAÇÕES:

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento;
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor;
4. Hematoma e ou edema na incisão;
5. Ausência de melhora do espermograma quando a indicação da cirurgia objetivar o tratamento da infertilidade;
6. Recidiva da varicocele requerendo novo procedimento cirúrgico;
7. Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia;
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada;
9. Ausência de melhora da dor testicular quando esta estiver presente em concomitância com a varicocele;
10. Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico.
11. Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc).

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%

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
	Código: CC.TCLE.038		
	Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028
	Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Varicocele		

🕒 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).

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: _____

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.