



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA como forma de tratamento da Incontinência Urinária. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu (minha) médico(a). Como consequência desta operação poderei permanecer 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
2. Ocorrência de sintomas de urgência e aumento da frequência miccional que não existiam previamente à cirurgia (variando de 0,2% a 15% na literatura).
3. Complicações decorrentes da utilização de telas sintéticas, como erosão de tela para a parede da vagina ou para o trato urinário, com necessidade de intervenções cirúrgicas posteriores para correção desta complicação.
4. Perfuração da uretra ou bexiga (com incidência < 3% na literatura) durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
5. Lesão vascular (incidência de 0,07% na literatura) ou intestinal (incidência de 0,04% na literatura) durante o ato cirúrgico, com possibilidade de realização de outros procedimentos cirúrgicos para correção do problema.
6. Formação de hematomas (coleção de sangue), raramente requerendo drenagem cirúrgica.
7. Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise).
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
9. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
10. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
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.
13. Apesar dos índices de Cura com Sling de Uretra Média variarem de 80-90% após 10 anos de seguimento, reconheço que não há garantia absoluta da cura da incontinência, podendo haver necessidade de tratamento futuro.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições poderão requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o(a) médico(a) e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do(a) meu (minha) médico(a) até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O(a) referido(a) médico(a) explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: tratamento com medicamentos que melhoram o controle da micção, injeções suburetrais com material sintético (teflon, colágeno), ou tratamentos conservadores como Fisioterapia do Assoalho pélvico. Decidimos conjuntamente, eu e meu(minha) médico(a), que a Correção Cirúrgica da Incontinência Urinária pela técnica proposta é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu (sua) médico(a) poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu (sua) médico (a).