



Paciente:

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Prontuário:

Nome da mãe:

**Definição:** Hipospádia é uma malformação congênita em que a abertura da uretra não está na ponta do pênis, mas em algum ponto ao longo da sua parte inferior. Essa condição pode estar associada a uma curvatura peniana e, em casos graves, pode prejudicar a micção e a vida sexual futura. O diagnóstico geralmente é feito ao nascer e, quando necessário, o tratamento é cirúrgico, geralmente recomendado entre os 10 meses e 2 anos de idade.

A correção dessa patologia consiste em cirurgia onde a primeira alteração que deverá ser corrigida é a curvatura do pênis para baixo. Depois uma nova uretra (tubo por onde passará a urina) será reconstruída e a glande do pênis remodelada. Como o capuchão (prepúcio em formato de capuz) é utilizado na correção, a aparência do pênis no final do tratamento será o mesmo que de criança que fez uma cirurgia para corrigir fimose. A correção da malformação congênita do meato uretral levará ao reposicionamento do orifício uretral na ponta do pênis, correção da curvatura peniana (se presente) e reconstrução estética e funcional do prepúcio e da uretra. Há várias técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas (ex.: técnica de Snodgrass/TIP, onlay, tubulação). Nos casos de hipospádia em que há grande curvatura do pênis geralmente a cirurgia é realizada em dois tempos, desfazendo o chordee (fibrose) refazendo a placa uretral com prepúcio ou mucosa labial para posterior tubulação, geralmente 6 a 9 meses depois. Usualmente uma sonda na bexiga permanece por poucos dias. Como resultado desta operação poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

Nesse paciente utilizaremos a técnica de \_\_\_\_\_. O procedimento é realizado sob anestesia geral ou regional.

**Complicações e Riscos:**

- Necrose da pele e da glande;
- Hematoma, edema e linfedema;
- Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
- Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos;
- Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Sangramento intra ou pós-operatório;

- Infecção da ferida cirúrgica ou do trato urinário;
- Fístula uretral (comunicação entre uretra e pele), podendo necessitar de nova intervenção;
- Estenose/reatrésia do meato uretral (estreitamento), possivelmente exigindo dilatação ou reoperação;
- Deiscência (abertura) da sutura ou recidiva da malformação;
- Persistência ou recorrência da curvatura peniana (chordée), podendo requerer correção adicional;
- Alterações estéticas ou simetria insatisfatória, com possibilidade de necessidade de retoque cirúrgico;
- Dor pós-operatória, desconforto ao urinar e necessidade de cateter vesical temporário;
- Reações à anestesia e medicamentos, incluindo complicações raras;
- Cicatrização insatisfatória, formação de cicatriz hipertrófica ou quelóide;
- Alterações sensoriais locais (hipo ou hipersensibilidade) ou alterações na função erétil em longo prazo (raro);
- Necessidade de procedimentos adicionais para otimização funcional ou estética;
- Resultados não totalmente previsíveis quanto à aparência e fluxo urinário.

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico de Hipospádia** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;
2. Estou ciente que **Tratamento Cirúrgico de Hipospádia** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;
3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações



médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;

**4.** Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;

**5.** Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;

**6.** Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

**7.** Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

**8.** Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica, isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

**9.** Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicações que venha a apresentar no período pós-operatório;

**10.** Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

**11.** Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

**12.** Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

**13.** Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

**14.** Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma comprehensível pelo médico responsável e equipe;

**15.** Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

**16.** Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

**17.** Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização **Tratamento Cirúrgico de Hipospádia**

**TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirmei que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

( ) Paciente ( ) Responsável

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Horário: \_\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal,



sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM-MG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_

( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

**TESTEMUNHAS****1ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;
- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

**ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
- Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
- Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
- Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
- Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: \_\_\_\_\_