



Paciente:

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

Prontuário:

Nome da mãe:

**Definição:** A orquidopexia consiste na mobilização do testículo(s) e fixação cirúrgica no interior do escroto, com correção de criotorquidia (testículo não descido) ou posicionamento incorreto, realizada por via inguinal ou escrotal, sob anestesia geral ou regional conforme indicação. A técnica prevista será: \_\_\_\_\_.

**Complicações e Riscos:**

- Sangramento intra ou pós-operatório e formação de hematoma;
- Infecção da ferida cirúrgica ou do trajeto operatório;
- Dor pós-operatória e desconforto escrotal/inguinal;
- Edema escrotal temporário;
- Falha na permanência do testículo no escroto (recidiva/ascensão) exigindo nova cirurgia;
- Lesão do cordão espermático, vasos testiculares ou do epidídimos, com risco de comprometimento vascular;
- Diminuição do aporte sanguíneo ao testículo com risco de atrofia testicular parcial ou total;
- Lesão do ducto deferente (vas deferens) com possível impacto na fertilidade;
- Formação de hidrocele ou seroma, possivelmente exigindo drenagem ou tratamento adicional;
- Cicatrização anômala, dor crônica ou sensibilidade local;
- Reações adversas à anestesia e medicamentos;
- Necessidade de procedimentos adicionais ou reoperação para correção de complicações;
- Riscos raros, porém graves, que podem levar à perda testicular, incapacidade ou óbito.
- Deiscência dos pontos da sutura;;
- Alterações da espermatogênese e ou infertilidade na idade adulta;
- Não modificar o risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares.

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico da Orquidopexia – Fixação do Testículo** 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 da Orquidopexia – Fixação do Testículo** 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





- 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: \_\_\_\_\_