

## **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REVERSÃO DA VASECTOMIA**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar a REVERSÃO DA VASECTOMIA como forma de tratamento da infertilidade obstrutiva causada pela vasectomia realizada por mim há \_\_\_\_ anos.

Eu compreendo que existem riscos associados com este procedimento. Estes incluem, mas não são limitados a:

- 1) Deiscência dos pontos da sutura
- 2) Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento
- 3) Necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor
- 4) Hematoma, sangramento e ou edema na incisão e/ou escroto
- 5) Ausência de melhora do espermograma
- 6) Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia
- 7) Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada
- 8) Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico
- 9) Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc)
- 10) Febre e calafrios
- 11) Lesão testicular
- 12) Atrofia testicular
- 13) Diminuição do tamanho e da função do testículo

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 esta é a lista dos riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Reconheço que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições podem requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e os seus assistentes designados por ele, 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 necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Dr. \_\_\_\_\_ explicou-me o procedimento e informou-me dos riscos envolvidos neste procedimento, os riscos envolvidos se eu não realizar este procedimento, os possíveis métodos alternativos de tratamento, e os riscos envolvidos nestes métodos alternativos. Eu tive a oportunidade de discutir este procedimento com o Dr. \_\_\_\_\_ e recebi respostas a todas as questões que eu perguntei. Os possíveis resultados deste procedimento me foram explicados, e eu

compreendi que NÃO EXISTE GARANTIA OU SEGURANÇA ABSOLUTA de que qualquer resultado particular possa ser obtido.

Autorizo a administração de anestesia por um médico anesthesiologista aprovado pelo Dr. \_\_\_\_\_ . Compreendo que toda anestesia envolve certo risco ou complicações e possivelmente danos severos aos órgãos vitais como cérebro, coração, pulmões, fígado e rins, que podem resultar em paralisia, ataque cardíaco e ou morte cerebral por causas conhecidas ou desconhecidas.

Estou ciente que posso apresentar reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados.

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. Todos os espaços em branco foram preenchidos antes que eu assinasse este formulário.

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

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

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

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

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

Assinatura de testemunha: \_\_\_\_\_

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

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