

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
CIRURGIA: HERNIORRAFIA INCISIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DE HERNIORRAFIA INCISIONAL

Por este instrumento particular, o(a) paciente _____, ou seu responsável Sr.(a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente ao disposto no art. 39, VI, da Lei 8.078/90, que autoriza plenamente o médico assistente, Dr. **MACKSON MARTINS ROCHA**, inscrito no CRM-SP sob o nº 132900, a proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde e a realizar o tratamento cirúrgico denominado **“HERNIORRAFIA INCISIONAL”** e todos os procedimentos a ele inerentes, inclusive anestésias e condutas médicas complementares que se fizerem necessárias, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.

1. Descrição do procedimento

Fui informado(a) de que apresento hérnia incisional (saliência ou defeito na parede abdominal na região de cicatriz cirúrgica anterior), podendo associar-se dor, desconforto, restrição de atividades e risco de encarceramento/intestino obstruído.

A cirurgia indicada é a hérniorrafia incisional, com sutura e/ou reforço da parede abdominal, que poderá ser realizada pelas seguintes técnicas, conforme avaliação médica:

- Aberta (via incisionais): incisões maiores para exposição e correção do defeito, com reposição de vísceras e fechamento da parede; pode incluir o uso de tela (malha) de polipropileno ou outro material biocompatível para reforço.
- Laparoscópica: correção por pequenas incisões e uso de câmera, com colocação de tela intraperitoneal ou retromuscular, conforme avaliação técnica.

Durante o procedimento, poderá ser colocado dreno de sucção (ex.: Blake, Portovac) para evitar acúmulo de líquidos no pós-operatório.

2. Objetivos do tratamento

- Reparar o defeito da parede abdominal.
- Aliviar dor e desconforto.

- Reduzir risco de complicações como encarceramento/estragulamento.
- Melhorar função e contorno abdominal.

3. Riscos e possíveis complicações

Fui informado(a) de que, embora se vise melhora funcional e, quando aplicável, estética, existem riscos e complicações possíveis, entre os quais:

- Seroma (acúmulo de líquido).
- Hematoma (acúmulo de sangue).
- Infecção da ferida ou da tela.
- Dor crônica ou alteração da sensibilidade local.
- Deiscência (abertura parcial dos pontos) e exposição de material.
- Recidiva da hérnia (retorno).
- Adesões intestinais, obstrução ou lesão de víscera durante a cirurgia.
- Reação alérgica a medicamentos, anestésicos ou materiais.
- Necessidade de reoperação.
- Complicações anestésicas (náusea, vômito, broncoespasmo, hipotensão, reações graves raras).
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar.
- Resultado estético insatisfatório.

Declaro que fui informado(a) que a ocorrência de complicações pode exigir tratamentos adicionais.

4. Alternativas ao procedimento

- Conduta conservadora: observação, uso de cintas, medidas sintomáticas e fisioterapia (pode ser paliativa e não corrigir o defeito).
- Cirurgia sem uso de tela (quando tecnicamente viável), com potencial maior risco de recidiva.
- Adiamento do procedimento, quando não houver risco imediato, para otimização clínica (controle de doenças, perda de peso, cessação de tabagismo).

5. Informações complementares

- Fui informado(a) sobre a possibilidade do cirurgião alterar a técnica intraoperatória, caso seja necessário para segurança ou melhor resultado.
- Fui esclarecido(a) sobre a necessidade de preparo pré-operatório (exames, jejum, suspensão de medicamentos) e sobre cuidados pós-operatórios (repouso relativo, restrição de esforços, controle de dor, retorno para curativos e avaliações).
- Reconheço que o resultado pode variar conforme fatores individuais (idade, comorbidades, tabagismo, obesidade, cicatrização).

6. Declaração do paciente

Declaro que:

- Recebi explicações claras sobre o diagnóstico, o caráter do procedimento, seus riscos, benefícios e alternativas.
- Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas de forma compreensível.
- Autorizo a realização da hérniorrafia incisional e o uso de materiais julgados necessários pela equipe médica (incluindo tela cirúrgica e drenos).
- Estou ciente de que não há garantia de cura e que condutas poderão ser modificadas durante o tratamento, autorizando desde já o(a) médico(a) a tomar as providências necessárias segundo seu julgamento profissional.

Pirassununga/SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Paciente / Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura do Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

RG/CPF: _____

Dispositivos legais informados ao paciente:

- Código de Ética Médica: Art. 22 e Art. 34.

- Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor): Art. 9º e Art. 39, VI.