

 JUNTOS SOMOS+	TCLE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER	CÓDIGO: FO.DT.039
		ELABORAÇÃO: 20/05/2025
		REVISÃO: 20/05/2027
		PÁGINA: 1 de 2

Paciente:	
Data de nascimento:	Prontuário:
Nome da mãe:	

Declaro que:

O médico explicou-me e eu entendi que devo me submeter: Correção de incontinência urinária na mulher

Descrição técnica do procedimento:

1. A intervenção consiste no reforço de músculos e estruturas que formam o assoalho da pélvis.
2. A intervenção cirúrgica no processo de incontinência urinária não garantirá absolutamente a correção da mesma de modo permanente. Há uma porcentagem de fracasso entre 30 e 40%.
3. No caso de fracassar a intervenção, o estado da incontinência urinária não se acentua, salvo em casos excepcionais.
4. A via através da qual será realizada a intervenção será preferentemente:
5. Se no momento de o ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.
6. As complicações que a intervenção poderá acarretar são:

- Frequentes: Infecção de urina, retenção de urina;

- Excepcionais: Abscesso na zona da ferida cirúrgica; Hematoma na zona da ferida cirúrgica; Deiscência nas suturas realizadas na intervenção; Lesões de bexiga, uretra e ureter; Flebites e tromboflebites; Embolia pulmonar.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito (a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por este consentimento, confirmo que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes deste tratamento e por tais condições consinto que se realize a: correção de incontinência urinária na mulher

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

Confirmando 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 satisfeito (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.

 JUNTOS SOMOS+	TCLE CORREÇÃO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA MULHER	CÓDIGO: FO.DT.039
		ELABORAÇÃO: 20/05/2025
		REVISÃO: 20/05/2027
		PÁGINA: 2 de 2

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

2ª Testemunha

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinatura: _____ CPF: _____

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, comunicar ao médico assistente todos os de uso contínuo para serem avaliados e se necessário suspensos antes da cirurgia, em especial antiagregantes ou anticoagulantes.
- 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.

São Sebastião do Paraíso - MG _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

CPF: _____