

## Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e a sua equipe, a realizar em mim o procedimento “herniorrafia inguinal” para o tratamento da hérnia inguinal.

Estou ciente que sou portador (a) de outras condições médicas:

\_\_\_\_\_.

Fui devidamente informado (a) que a operação pode apresentar riscos, que incluem: necessidade de conversão para a operação de corte, recidiva da hérnia, infecção, sangramento, hematoma, perfuração de vísceras, retenção urinária, orquite, lesão de nervos da região operatória, risco anestésico, risco de reações alérgicas a medicamentos e risco de vida, entre outros.

Declaro que recebi e li o manual “**Orientação para Pacientes com Hérnia Inguinal**” do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva.

Após a leitura atenta deste termo de consentimento, afirmo que me foram esclarecidas todas as minhas dúvidas sobre a doença, a operação, as complicações da operação, a evolução pós-operatória, não sendo negado o esclarecimento de quaisquer das minhas dúvidas, e por isso firmo este termo de consentimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Local e data

Paciente: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Testemunha 1: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Testemunha 2: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_