



## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA – Sling sintético

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar um **SLING DE URETRA MÉDIA SINTÉTICO** como forma de tratamento da Incontinência Urinária. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um tampão vaginal, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária necessitando passagem de cateter na bexiga por um período prolongado.
2. Reparo da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico e permanência do cateter na bexiga por período prolongado.
3. Sangramento vaginal e formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem.
4. Retenção urinária persistente requerendo cirurgia posterior para reparação.
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
8. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
9. Possibilidade de trombose venosa e embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.
11. Complicações relacionadas a tela como infecção, extrusão ou erosão, que podem necessitar a retirada da mesma, através de outro procedimento cirúrgico.
12. Possibilidade de aparecimento ou agravamento de incontinência de Urgência no pós-operatório, necessitando outras modalidades de tratamento complementares como fisioterapia e/ou medicação, dentre outras.
13. Aparecimento de disfunção sexual como dor nas relações e/ou diminuição da sensibilidade genital necessitando posterior tratamento.

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

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

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: tratamento com medicamentos que melhoram o controle da micção, injeções suburetrais com material sintético (teflon, colágeno), Colpossuspensão, Sling Aponeurótico entre outras. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Incontinência Urinária pela técnica Sling Sintético de Uretra Média é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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.

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

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

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

**A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**