



# TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA HERNIORRAFIA INGUINAL

---

## 1. Diagnóstico e Indicação do Procedimento

Indicada para tratar hérnias inguinais que causam dor, desconforto ou risco de encarceramento/estrangulamento.

## 2. Descrição do Procedimento

Cirurgia para correção de hérnia inguinal, com ou sem uso de tela cirúrgica. Pode ser feita por técnica aberta ou laparoscópica.

## 3. Benefícios Esperados

- Controle dos sintomas e complicações relacionados ao quadro atual;
- Redução dos riscos de agravamento;
- Melhora na qualidade de vida e segurança clínica.

## 4. Riscos e Complicações Possíveis

- Infecção
- Sangramento
- Dor crônica
- Recidiva da hérnia
- Lesão de nervos, vasos ou ductos
- Rejeição da tela
- Seroma ou hematoma

## 5. Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Mesmo com todas as medidas de prevenção adotadas por hospital e equipe médica, existe o risco de infecção. Conforme a ANVISA e o NHSN, as taxas aceitáveis de infecção são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Estou ciente desses riscos e da existência de protocolos de segurança hospitalar para minimizá-los.



## 6. Alternativas e Esclarecimentos

Fui informado(a) de que existem alternativas possíveis, conforme o caso clínico, e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas com linguagem clara e acessível.

## 7. Limitações e Condutas Intraoperatórias

Estou ciente de que podem ocorrer situações imprevistas durante o procedimento que exijam modificações na conduta médica. Autorizo o profissional responsável a tomar as medidas necessárias, conforme seu julgamento técnico, visando minha segurança.

## 8. Declaração Final de Consentimento

Declaro que:

- Compreendi as informações sobre o diagnóstico, natureza e objetivos do procedimento, bem como seus benefícios, riscos e alternativas;
- Tive tempo adequado para reflexão e esclarecimento de dúvidas;
- Estou ciente de que nenhum procedimento garante cura absoluta;
- Autorizo a realização do(a) herniorrafia inguinal conforme indicado.

Este termo está em conformidade com o Código de Ética Médica (arts. 22 e 34) e com a Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Local e data: Gramado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do médico responsável:

\_\_\_\_\_

Dr. Márcio Muller – CREMERS 23266