

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE AMPUTAÇÃO TOTAL DO PÊNIS	CAP 027
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de AMPUTAÇÃO TOTAL DO PÊNIS (retirada total do pênis) como forma de tratamento do CÂNCER DE PENIS. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei ter meu pênis retirado completamente, não poderei ter ereções, deverei urinar por um orifício criado na região entre o escroto e o ânus (períneo) ou em algum outro local anatômico conforme decisão no momento da cirurgia e permanecer com um cateter na bexiga por alguns dias, ou até mesmo em definitivo caso aconteçam circunstâncias que impossibilitem uma micção adequada pelo coto uretral.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: deiscência dos pontos da sutura; possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento; necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor; hematoma e ou edema no escroto ou em outras regiões adjacentes; estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos; não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de pênis e suas complicações; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; impossibilidade de manter relações sexuais.

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. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a AMPUTAÇÃO TOTAL DO PÊNIS é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____