

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE	CAP 028
		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 CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia; possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis; presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis; dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos; presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico; necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glande conseqüente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido à condição clínica surgida naquele momento; cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.

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 formulado de consentimento. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE 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 _____