

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA PARA H.P.B. (TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA)	CAP 053
		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 PROSTATECTOMIA como forma de tratamento da H.P.B. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga para drenagem de urina por mais ou menos sete dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos; possibilidade de permanecer com um dreno no abdômen para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue; possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro; possibilidade de extravazamento de urina pela incisão ou pelo dreno; cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc); possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo; possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva; possibilidade remota de impotência sexual.

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 RTU (Ressecção Transuretral da Próstata) ou Implante de Stent Uretral. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia para H.P.B. 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.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.

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 _____