

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 RADICAL PERINEAL como forma de tratamento do câncer de próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra durante cinco a quinze dias para drenagem de urina.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização anestésica seja bloqueio raquimedular ou anestesia geral; dor ou desconforto na uretra e/ou região do períneo requerendo medicação analgésica; possibilidade de edema, hematoma ou infecção na incisão cirúrgica na região perineal requerendo tratamento futuro; possibilidade de permanecer por poucos dias com um dreno na região perineal; possibilidade de impotência sexual (falta de ereção dopênis) necessitando de tratamento futuro; possibilidade de perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva, necessitando de tratamento futuro; possibilidade de extravazamento de urina temporariamente pela incisão; risco de lesão intestinal (reto) necessitando de tratamento complementar com sutura do intestino ou realização de colostomia (exteriorização temporária do intestino para a pele do abdômen); perda definitiva do ejaculado.

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 necessitem 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, quando não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser a Prostatectomia Radical Retropúbica, Prostatectomia Radical Laparoscópica ou a Radioterapia como meios curativos ou, o uso de medicamentos (hormônios) como controle temporário da evolução do câncer não curativo. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia Radical Perineal é a melhor indicação neste momento para meu quadro de câncer de próstata. 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 \_\_\_\_\_