

 COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA	CAP 056
		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 RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos; presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório; risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção; incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações); incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual); estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular, na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico; possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento; necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação; necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento; possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias); possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer: possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula); possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento; possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia; possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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 Ressecção Transuretral da Próstata 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 _____