

| | | |
|---|--|-------------------|
|  COMPLEXO HOSPITALAR SantaRosália | TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE URETROTOMIA INTERNA | CAP 063 |
| | | 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 URETROTOMIA INTERNA como forma de tratamento para Estenose (estreitamento) da Uretra. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena à moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes: complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma; dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos; presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico; possibilidade de infecção na uretra e na bexiga, necessitando de futuro tratamento; possibilidade futura de novo estreitamento; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico; possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.

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 Dilatação da Uretra com sondas especiais, às vezes periódicas e com resultados inferiores de sucesso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Uretrotomia Interna é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de Estenose da Uretra. 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 _____

| | |
|---------|-------------|
| CAP 063 | PRS CAP 001 |
|---------|-------------|