

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 3

LEIA ANTES DE ASSINAR



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA POSTECTOMIA E FRENULOPLASTIA

Prezado(a) ,

Ao assinar este documento, você estará autorizando a realização de intervenção cirúrgica e declarando ter recebido todas as informações necessárias para a exata compreensão de seu diagnóstico, do tratamento proposto e dos riscos envolvidos. Leia todo o documento antes de assiná-lo! Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas e estiver de acordo com as declarações descritas abaixo, de forma livre, espontânea e esclarecida.

A assinatura do presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar. O paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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.

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL			
Nome	Henrique Gobbi Tótola	CRM	11766
Telefone	27992542135		
Especialidade	Urologia	RQE	10866
Endereço	Rua Henrique Moscoso, 531 - Praia da Costa,		
Cidade	Vila Velha	UF	ES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome			Tel.		
RG		CPF		Nasc.	
Endereço					
Cidade			UF		

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
-----------------------------------	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 2 de 3

LEIA ANTES DE ASSINAR

ESCLARECIMENTOS CONTEÚDO OBRIGATÓRIO (Resolução CFM nº 1/2016) Descrição, sucinta, clara e objetiva do procedimento cirúrgico

Eu, abaixo assinado, autorizo o médico autorizado e/ou seus assistentes a realizar o procedimento

POSTECTOMIA E/OU FRENULOPLASTIA (secção e sutura do freio peniano) como forma de tratamento da redundância de prepúcio, fimose, parafimose, condiloma acuminado, tumorações prepúciais, balanopostites de repetição e/ou do freio curto (provocando dor ou por rompimento incompleto). A cirurgia também poderá ser realizada por motivos religiosos, desejo dos pais ou do próprio paciente.

Os possíveis riscos e eventos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura (abertura do corte)
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula.
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Edema, hematoma ou linfedema peniano.
6. Necrose da pele e/ou da glândula.
7. Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como, por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, etc.
8. Sangramento espontâneo na ferida cirúrgica ou na troca de curativos.
9. Hipersensibilidade na glândula que tende a desaparecer após alguns dias.
10. Pode ocorrer desvio do jato urinário durante o período em que a glândula estiver edemaciada.
11. Não há risco de comprometimento da ereção peniana por causa orgânica.
12. Após a cicatrização e desaparecimento do edema, a glândula ficará parcial ou totalmente exposta.
13. Após a cirurgia, a umidade da glândula e o esmegma tendem a desaparecer.
14. Estou ciente de que estarei impedido de qualquer prática sexual por algumas semanas, até que seja autorizado pelo cirurgião.

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. Trata-se de um procedimento que pode ser feito com anestesia local, associado ou não a sedação venosa, sob bloqueio anestésico ou anestesia geral. 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 poderão aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem alternativas para tratar o meu problema ou elas já foram tentadas e mal sucedidas. Decidimos conjuntamente, eu, meus familiares e meu médico, que a Postectomia e/ou a Frenuloplastia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 3 de 3

LEIA ANTES DE ASSINAR

DECLARAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

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. Todos os espaços em branco foram preenchidos antes que eu assinasse este formulário.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável legal

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Na qualidade de médico responsável e em cumprimento à Resolução CFM nº 1/2016, DECLARO que expliquei ao paciente, de forma clara, objetiva e verbal, todo o procedimento cirúrgico proposto, prestando-lhe todas as informações pertinentes, inclusive aquelas especificadas acima. Também foram por mim prestados todos os esclarecimentos solicitados pelo paciente, após os quais, este se declarou consciente, esclarecido e isento de dúvidas.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Médico responsável

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
---	--