

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

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 4

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

RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA como forma de tratamento da hiperplasia benigna da próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico assistente e consiste na remoção parcial da parte interna da próstata, que está impedindo o adequado fluxo da urina pela uretra (canal urinário). Como consequência desta operação deverei permanecer com uma sonda vesical (cateter na bexiga, passando pela uretra) enquanto for necessário, sob determinação do meu médico e há a possibilidade de não ter mais ejaculação ou diminuir o volume ejaculado.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Dor ou desconforto na região supra púbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações), inclusive com necessidade de uso de fraldas de forma temporária ou permanente.
5. Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
6. Estreitamento (ESTENOSE) da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos (URETROTOMIA OU URETROPLASTIAS).
7. 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.
8. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
9. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação. Risco elevado de sangramento com risco e necessidade de transfusão sanguínea, sendo necessário inclusive a reserva de sangue prévia ao procedimento cirúrgico.
10. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta (com corte) por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
13. Caso seja necessária a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - 13.1 Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
 - 13.2 Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
 - 13.3 Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - 13.4 Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia.
 - 13.5 Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
14. Trombose venosa profunda
15. Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo (EJACULAÇÃO RETRÓGRADA).
16. Podem ocorrer reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 3 de 4

LEIA ANTES DE ASSINAR

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 como forma de tratamento para HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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 médicos 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, mesmo reconhecendo não haver garantia de resultado, o que depende de variáveis que podem interferir neste.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 4 de 4

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	
---	--