

IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL como forma de tratamento da DISFUNÇÃO ERÉTIL (incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana).

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com o pênis de consistência endurecida. Fui também informado que a ereção obtida após o implante peniano não será igual à ereção natural, que a prótese não causará aumento no comprimento do pênis e que a glândula não se encherá de sangue como na ereção natural.

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

- Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação das próteses.
- Possibilidade de só ser possível a implantação da prótese em um lado (em um só corpo cavernoso).
- Dor ou desconforto no pênis e/ou na região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
- Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
- Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção.
- Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante.
- Perda espontânea da prótese por extrusão pela uretra ou perfuração do corpo cavernoso.
- Defeitos estruturais da prótese, como quebra da haste metálica ou ruptura do silicone, necessitando sua substituição.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico.
- Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc.).

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 implante de prótese inflável, aparelho de vacuoterapia, auto-injeção de drogas vasoativas, uso de medicação intrauretral ou tratamento com medicamentos orais. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL 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.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

MÉDICO

Nome:

CRM:

_____, ____ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO:

RG:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).