

PROSTATECTOMIA PARA H.P.B. (TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA)

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA como forma de tratamento da H.P.B. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga para drenagem de urina por mais ou menos sete dias.

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

- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos.
- Possibilidade de permanecer com um dreno no abdômen para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
- Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro.
- Possibilidade de extravasamento de urina pela incisão ou pelo dreno.
- Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (queloide, hipertrófica, etc)
- Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo.
- Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva.
- Possibilidade remota de impotência sexual.

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 RTU (Ressecção Transuretral da Próstata) ou Implante de Stent Uretral. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia para H.P.B. 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:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

NOME COMPLETO:

RG:

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