

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ORQUIECTOMIA BILATERAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1 — A orquiectomia bilateral é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção de ambos os testículos. Esta intervenção é indicada principalmente para o tratamento de neoplasia maligna (câncer) de próstata avançada ou metastática, funcionando como uma terapia de privação androgênica cirúrgica para reduzir drasticamente os níveis de testosterona, hormônio que estimula o crescimento das células cancerígenas. Também é indicada em casos de neoplasia testicular bilateral, traumas graves em ambos os testículos ou torção testicular bilateral com necrose irreversível. O objetivo é o controle da doença de base e a prevenção de complicações sistêmicas.

2 — PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia. As etapas incluem a incisão cirúrgica na região escrotal ou inguinal, identificação e isolamento do cordão espermático, ligadura e secção dos vasos sanguíneos e do canal deferente de cada lado, seguida da remoção completa de ambos os testículos. É realizada a hemostasia (controle de sangramento) e o fechamento das incisões por planos. A tecnologia empregada envolve instrumental cirúrgico estéril, bisturi elétrico (eletrocautério), fios de sutura diversos e, se necessário, dreno de sucção. Em casos de suspeita de câncer, o material é encaminhado para exame anatomopatológico.

3 — AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Benefícios esperados: Redução definitiva dos níveis de testosterona para controle do câncer de próstata, remoção de tumores testiculares e alívio de sintomas obstrutivos ou dolorosos. Riscos previsíveis: Além de riscos gerais (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e anestésicos), existem riscos específicos como deiscência (abertura) dos pontos, hematoma ou edema escrotal, dor pós-operatória crônica, impotência sexual e infertilidade permanente (perda definitiva da capacidade reprodutiva). Não há garantia de que o câncer responderá integralmente à redução hormonal, podendo ser necessários tratamentos complementares.

4 — ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

As alternativas discutidas incluem a terapia de privação androgênica farmacológica (uso de medicamentos injetáveis que reduzem a testosterona de forma reversível), radioterapia, vigilância ativa em casos selecionados ou a opção de não tratamento. Fui informado de que a recusa ao tratamento pode levar à progressão da doença oncológica, aumento das dores ósseas, obstrução urinária e redução da sobrevida.

5 - Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde:

6 - Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

7 - Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) para tentar curar, ou melhorar as supracitadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

8 - Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são: 1. Deiscência (abertura) dos pontos da sutura; 2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento; 3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor; 4. Hematoma e/ou edema no escroto; 5. Ausência de garantia de resposta oncológica; 6. Impotência sexual; 7. Infertilidade permanente. Complicações específicas ao quadro clínico:

9 - Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

10 - Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

11 - Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;

12 - Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, em linguagem acessível, sobre o procedimento, seus riscos, benefícios e alternativas;

13 - Sei que a medicina não é uma ciência exata e que os resultados não podem ser garantidos, e que o médico exercerá seus melhores esforços e conhecimentos técnicos e científicos para o sucesso do tratamento;

14 - Estou ciente de que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, antes do início do procedimento, sem que isso implique em prejuízo ao meu atendimento;

15 - Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras e completas, e autorizo a realização do procedimento acima descrito, assumindo os riscos inerentes ao mesmo.

16 - Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.



PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

(1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*).