



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

Declaro para fins legais conforme segue:

1 - A postectomia, popularmente conhecida como circuncisão, é o procedimento cirúrgico que consiste na remoção total ou parcial do prepúcio, que é a dobra de pele que recobre e protege a glândula (cabeça) do pênis. É indicada nos casos de fimose (estreitamento do prepúcio que impede ou dificulta a exposição da glândula), parafimose (quando o prepúcio retraído não consegue retornar à posição normal, estrangulando a glândula), balanopostites de repetição (infecções recorrentes da glândula e do prepúcio), dificuldade de higiene local com acúmulo de esmegma, fimose com dificuldade ou dor ao urinar (disúria) e, em alguns casos, por indicação médica preventiva ou religiosa. O objetivo é a remoção do prepúcio, a exposição permanente da glândula, a resolução da fimose e de seus sintomas, a facilitação da higiene íntima e a prevenção de infecções e complicações futuras.

2 — PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:

O procedimento é realizado sob anestesia (geral em crianças e, em adultos, geral ou anestesia local com sedação, conforme avaliação do médico anestesista). As etapas incluem: antissepsia rigorosa da região genital; demarcação e incisão circular do prepúcio na junção com a glândula; liberação das aderências do prepúcio; exposição completa da glândula; hemostasia cuidadosa (controle de sangramento) dos pequenos vasos do prepúcio com eletrocautério ou ligaduras; regularização da borda da pele remanescente; sutura com fios absorvíveis (que não necessitam retirada posterior) aproximando a pele remanescente à glândula; e curativo oclusivo. A tecnologia empregada envolve instrumental cirúrgico estéril, bisturi elétrico (eletrocautério), fios de sutura absorvíveis, gazes, antissépticos e, quando necessário, materiais especiais.

3 — AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS:

Benefícios esperados: resolução definitiva da fimose e da parafimose, facilitação da higiene íntima, prevenção de infecções locais de repetição (balanopostites), alívio dos sintomas urinários, prevenção de complicações futuras e melhora da qualidade de vida. Riscos previsíveis: além dos riscos gerais de qualquer procedimento cirúrgico (sangramento, infecção, reações anestésicas, problemas cardiovasculares e respiratórios), existem riscos específicos como: deiscência dos pontos da sutura (abertura da ferida operatória); infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico; fistula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula; estenose do meato uretral (estreitamento do orifício urinário) requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos; edema, hematoma ou linfedema (inchaço ou acúmulo de sangue local); necrose da pele e/ou da glândula (morte do tecido) em casos raros; e possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada, como cicatriz hipertrófica, quelóide ou assimetria, entre outras.

4 — ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:

As alternativas disponíveis ao tratamento proposto incluem: tratamento clínico com pomadas associadas a manobras de tração suave do prepúcio, indicado em casos selecionados de fimose leve em crianças; observação e acompanhamento periódico com higiene rigorosa em casos assintomáticos; e a opção de não tratamento. Fui informado(a) de que a recusa ao tratamento pode levar à persistência da fimose, infecções urinárias e locais de repetição (balanopostites), risco aumentado de parafimose, dificuldade de higiene, dor ao urinar, e, em casos mais graves, complicações inflamatórias e maior risco de infecções.

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: Deiscência dos pontos da sutura; Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico; Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula; Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos; Edema, hematoma ou linfedema; Necrose da pele e/ou da glândula; Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como, por exemplo: cicatriz hipertrófica, quelóide, etc. E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

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 - Declaro que fui esclarecido(a) sobre todas as dúvidas referentes ao procedimento proposto, bem como sobre os riscos, benefícios e alternativas, e que as informações prestadas foram suficientes para minha compreensão;

13 - Estou ciente de que este procedimento não garante resultado definitivo ou cura, e que o resultado pode variar conforme as condições clínicas individuais;

14 - Declaro que me reservo o direito de revogar este consentimento a qualquer momento antes da realização do procedimento, sem necessidade de justificativa;

15 - Declaro que li, compreendi e concordo com todos os itens acima referidos, e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas e de terem sido esclarecidas todas as dúvidas, estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize;

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)*).