



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. A prostatectomia radical perineal é o procedimento cirúrgico que consiste na remoção completa da próstata e das vesículas seminais, juntamente com os tecidos adjacentes comprometidos, por meio de uma incisão realizada na região do períneo (região entre o escroto e o ânus), como tratamento curativo do câncer de próstata localizado. É indicada nos casos de adenocarcinoma de próstata clinicamente localizado (estágios iniciais), com expectativa de vida superior a 10 anos, quando se busca a cura oncológica, bem como em casos selecionados de tumores de risco intermediário ou alto, conforme avaliação médica individualizada. O objetivo é a remoção completa do tumor com margens cirúrgicas livres, o controle oncológico da doença, a prevenção da progressão e disseminação do câncer e a preservação, na medida do possível, da função urinária e da função erétil.

2. O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquidiana, conforme avaliação do médico anestesista. As etapas incluem: posicionamento do paciente em posição de litotomia exagerada (pernas elevadas e afastadas); antisepsia da região perineal; incisão cirúrgica na região do períneo, entre o escroto e o ânus; dissecação cuidadosa dos planos anatômicos com identificação e preservação, quando tecnicamente possível, dos feixes vâsculo nervosos responsáveis pela ereção peniana; isolamento e remoção completa da próstata e das vesículas seminais; secção da uretra com posterior anastomose (reconexão) da uretra à bexiga com pontos de sutura; hemostasia cuidadosa (controle de sangramento) com eletrocautério e ligaduras; posicionamento de dreno na região perineal para drenagem de secreções; passagem de sonda vesical (cateter de Foley) para drenagem da urina durante o período de cicatrização da anastomose; e fechamento da incisão por planos anatômicos. A tecnologia empregada envolve instrumental cirúrgico estéril, afastadores autoestáticos específicos para cirurgia perineal, bisturi elétrico (eletrocautério), fios de sutura absorvíveis e não absorvíveis, drenos de sucção, sonda vesical de Foley e, quando indicado, lupa cirúrgica ou sistema de magnificação para melhor visualização das estruturas delicadas. O material retirado (próstata e vesículas seminais) é encaminhado para exame anatomopatológico (biópsia) para análise definitiva.

3. Benefícios esperados: remoção completa do tumor prostático, controle oncológico da doença com possibilidade de cura, prevenção da progressão e metástases do câncer de próstata, melhora da sobrevida e 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: complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização completa da mesma; dor ou desconforto na uretra e/ou região do períneo requerendo medicação analgésica; possibilidade de edema, hematoma ou infecção na incisão cirúrgica na região perineal requerendo tratamento futuro; possibilidade de permanecer por poucos dias com um dreno na região perineal; possibilidade de impotência sexual (falta de ereção do pênis) necessitando de tratamento futuro; possibilidade de perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva, necessitando de tratamento futuro; possibilidade de extravasamento de urina temporariamente pela incisão; risco de lesão intestinal (reto) necessitando de tratamento complementar com sutura do intestino ou realização de colostomia (exteriorização temporária do intestino para a pele do abdômen); e perda definitiva do ejaculado.

4. As alternativas disponíveis ao tratamento proposto incluem: vigilância ativa, que consiste no acompanhamento periódico com exames de PSA, toque retal e biópsias, indicada para tumores de muito baixo risco e baixa agressividade; radioterapia externa ou braquiterapia (radioterapia com implante de sementes radioativas), que utiliza radiação para destruir as células tumorais; terapia hormonal (privação androgênica), que reduz os níveis de testosterona para controlar o crescimento tumoral, indicada em casos selecionados; prostatectomia radical por outras vias de acesso, como a via retropúbica ou laparoscópica/robótica; e a opção de não tratamento. Fui informado(a) de que a

recusa ao tratamento pode levar à progressão do câncer de próstata, com risco de invasão local, disseminação para linfonodos e metástases à distância (especialmente ósseas), sintomas obstrutivos urinários progressivos, dor, comprometimento da função renal 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: Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma; Dor ou desconforto na uretra e/ou região do períneo requerendo medicação analgésica; Possibilidade de edema, hematoma ou infecção na incisão cirúrgica na região perineal requerendo tratamento futuro; Possibilidade de permanecer por poucos dias com um dreno na região perineal; Possibilidade de impotência sexual (falta de ereção do pênis) necessitando de tratamento futuro; Possibilidade de perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva, necessitando de tratamento futuro; Possibilidade de extravasamento de urina temporariamente pela incisão; Risco de lesão intestinal (reto) necessitando de tratamento complementar com sutura do intestino ou realização de colostomia (exteriorização temporária do intestino para a pele do abdômen); Perda definitiva do ejaculado. 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)*).