

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. Prostatectomia radical retropúbica é a remoção completa da próstata e das vesículas seminais, com tecidos adjacentes comprometidos, por incisão na região inferior do abdome (acesso retropúbico), como tratamento curativo do câncer de próstata localizado. Será realizada também linfadenectomia pélvica regional (retirada dos gânglios linfáticos da pelve) para avaliar possível disseminação do câncer. Indicada no adenocarcinoma de próstata localizado, com expectativa de vida superior a 10 anos, buscando cura oncológica. Objetivo: remoção completa do tumor com margens livres, controle oncológico, prevenção de disseminação para linfonodos e preservação, na medida do possível, da função urinária e erétil.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

Sob anestesia geral ou bloqueio regional. Etapas: posicionamento em decúbito dorsal; antissepsia do abdome inferior; incisão mediana infraumbilical; dissecação dos planos com preservação, quando possível, dos feixes vasculonervosos da ereção; linfadenectomia pélvica regional com retirada dos gânglios para exame; remoção da próstata e vesículas seminais; secção da uretra com anastomose uretrovesical com pontos de sutura; hemostasia com eletrocautério e ligaduras; drenos pélvicos; sonda vesical (Foley) durante cicatrização da anastomose; fechamento por planos. Tecnologia: instrumental estéril, afastadores autoestáticos, bisturi elétrico, fios absorvíveis e não absorvíveis, drenos de sucção, sonda vesical e sistema de magnificação quando indicado. O material retirado (próstata, vesículas seminais e gânglios) vai para exame anatomopatológico.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Benefícios: remoção completa do tumor, controle oncológico com possibilidade de cura, avaliação e tratamento da disseminação linfonodal, prevenção de progressão e metástases, melhora da sobrevida e qualidade de vida. Riscos previsíveis: além dos riscos gerais de qualquer cirurgia (sangramento, infecção, reações anestésicas, problemas cardiovasculares e respiratórios), riscos específicos: possibilidade de não realização completa da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem disseminação do câncer; necessidade de transfusão sanguínea; incapacidade de obter ou manter ereção (impotência sexual); incontinência urinária temporária ou definitiva; estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos; dano à parede do reto, podendo raramente requerer colostomia temporária; ausência de garantia absoluta de cura; infecção na incisão; embolia pulmonar (coágulos oriundos das veias); coleção de líquido no abdome (linfocele) podendo requerer tratamento; hérnia incisional e dormência em torno do acesso; perda do ejaculado.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

Vigilância ativa (acompanhamento periódico com PSA, toque retal e biópsias) para tumores de muito baixo risco; radioterapia externa ou braquiterapia; terapia hormonal (privação androgênica); prostatectomia radical por outras vias (perineal ou laparoscópica/robótica); e opção de não tratamento. Fui informado(a) de que a recusa ao tratamento pode levar à progressão do câncer, invasão local, disseminação para linfonodos e metástases à distância (especialmente ósseas), sintomas obstrutivos urinários, dor, comprometimento da função renal e redução da sobrevida.

5. DIAGNÓSTICO E ESTADO DE SAÚDE

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. EXPLICAÇÕES RECEBIDAS

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. SITUAÇÕES IMPREVISÍVEIS

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. COMPLICAÇÕES GERAIS E ESPECÍFICAS

Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. As principais complicações específicas deste procedimento são: possibilidade de não realização completa da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem disseminação do câncer; necessidade de transfusão sanguínea; incapacidade de obter ou manter ereção (impotência sexual); incontinência urinária; estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos; dano à parede do reto, podendo raramente requerer colostomia temporária; ausência de garantia absoluta de cura; infecção na incisão cirúrgica; embolia pulmonar; linfocoele (coleção de líquido no abdome) podendo requerer tratamento; hérnia incisional e dormência em torno do acesso; perda do ejaculado. E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

9. PROCEDIMENTO ANESTÉSICO

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

10. MATERIAIS ESPECIAIS E EMERGÊNCIAS

Estou ciente de que 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 exposta no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para solucionar situações imprevisíveis, emergenciais, conduzidas de acordo com a necessidade de cada evento;

11. EQUIPE PROFISSIONAL E COPARTICIPAÇÃO

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. ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

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. AUSÊNCIA DE GARANTIA DE RESULTADO

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

14. DIREITO DE REVOGAÇÃO

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

15. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

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.

ASSINATURA 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.

ASSINATURA 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)).