

## PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL como forma de tratamento do câncer de próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra durante cinco a quinze dias para drenagem de urina.

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

- Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização anestésica, seja bloqueio raquimedular ou anestesia geral .
- 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.

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 a Prostectomia Radical Retropúbica, Prostectomia Radical Laparoscópica ou a Radioterapia como meios curativos ou, o uso de medicamentos (hormônios) como controle temporário da evolução do câncer não curativo.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Postatectomia Radical Perineal é a melhor indicação neste momento para meu quadro de câncer de próstata.

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).