

RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

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

- Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
- Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anatomopatológico pós-operatório.
- Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
- Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
- Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
- Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
- Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
- Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
- Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
- Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
- Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
 - Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
 - Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia.
 - Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral da Próstata é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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*).