

CIRURGIA DA CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE.

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

- Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia.
- Possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis.
- Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis.
- Dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos.
- Presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
- Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula consequente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido a condição clínica surgida naquele momento.
- Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.

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 Cirurgia para Correção da Curvatura Peniana 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:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).