

**PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM  
LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL**

**PACIENTE**

**RG**

**CPF**

**DATA NASC.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA (remoção de toda a próstata e das vesículas seminais) e uma LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) como forma de tratamento do CÂNCER DA PRÓSTATA).O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo uma semana e não terei mais ejaculação.

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

- Possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem presença de disseminação do câncer .
- Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
- Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
- Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
- Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- Possibilidade de dano à parede do reto (podendo raramente requerer colostomia temporária).
- Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
- Formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento.
- Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.

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: radioterapia externa, implante de material radioativo (braquiterapia), remoção cirúrgica dos testículos ou inibição medicamentosa da produção ou da ação do hormônio masculino, a simples observação sem realizar nenhum tratamento imediato ou realizar procedimento por via perineal. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a prostatectomia radical retropúbica 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*)