

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p> </div>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ CRM N°: \_\_\_\_\_ a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL como forma de tratamento da DISFUNÇÃO ERÉTIL (incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com o pênis de consistência endurecida. Fui também informado que a ereção obtida após o implante peniano não será igual à ereção natural, que a prótese não causará aumento no comprimento do pênis e que a glândula não se encherá de sangue como na ereção natural.

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

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação das próteses.
2. Possibilidade de só ser possível a implantação da prótese em um lado (em um só corpo cavernoso).
3. Dor ou desconforto no pênis e/ou na região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
5. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção.
8. Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante.
9. Perda espontânea da prótese por extrusão pela uretra ou perfuração do corpo cavernoso.
10. Defeitos estruturais da prótese, como quebra da haste metálica ou ruptura do silicone, necessitando sua substituição.
11. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico.
12. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, 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, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL

transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre, calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

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.

Por fim declaro ter lido as informações, que todas as suas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que o Implante de Prótese Peniana Maleável é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL** proposta.

Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Médico	Paciente ou Representante ou Responsável
Testemunha: _____	R.G.: _____
Testemunha: _____	R.G.: _____

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.

### REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: \_\_\_\_\_

Médico	Paciente ou Representante ou Responsável
--------	--

**Observação:** 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.