

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA PARA H.P.B.  
(TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA)**

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

Eu autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ CRM N°: \_\_\_\_\_ a realizar uma PROSTATECTOMIA como forma de tratamento da H.P.B. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga para drenagem de urina por mais ou menos sete dias.

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

1. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
2. Dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos.
3. Possibilidade de permanecer com um dreno no abdômen para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
4. Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro.
5. Possibilidade de extravazamento de urina pela incisão ou pelo dreno.
6. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc)
7. Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo.
8. Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva.
9. Possibilidade remota de impotência sexual.

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 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

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA PARA H.P.B.  
(TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA)**

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. O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser RTU (Ressecção Transuretral da Próstata) ou Implante de Stent Uretral decidindo conjuntamente com o meu médico que a Prostatectomia para H.P.B. (Transvesical ou Retropúbica) 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, **CONSI**TO que se realize a **PROSTATECTOMIA PARA H.P.B. (TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA)** 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.

<b>REVOGAÇÃO</b>	
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.