

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL

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

Eu autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ CRM N°: \_\_\_\_\_ a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL como forma de tratamento do câncer de próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra durante cinco a quinze dias para drenagem de urina.

Declaro 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 realização da mesma.
2. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização anestésica, seja bloqueio raquimedular ou anestesia geral.
3. Dor ou desconforto na uretra e/ou região do períneo requerendo medicação analgésica.
4. Possibilidade de edema, hematoma ou infecção na incisão cirúrgica na região perineal requerendo tratamento futuro.
5. Possibilidade de permanecer por poucos dias com um dreno na região perineal.
6. Possibilidade de impotência sexual (falta de ereção do pênis) necessitando de tratamento futuro.
7. Possibilidade de perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva, necessitando de tratamento futuro.
8. Possibilidade de extravazamento de urina temporariamente pela incisão.
9. Risco de lesão intestinal (reto) necessitando de tratamento complementar com sutura do intestino ou realização de colostomia (exteriorização temporária do intestino para a pele do abdômen).
10. Perda definitiva do ejaculado.

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.

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL

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 minhas 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 a (Prostatectomia Radical Retropúbica, Prostatectomia Radical Laparoscópica ou a Radioterapia como meios curativos ou, o uso de medicamentos (hormônios) como controle temporário da evolução do câncer não curativo), decidi conjuntamente com o meu médico que a Prostatectomia Radical Perineal 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 a **PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBLICA** com linfadenectomia pélvica regional 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.