

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA**

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 RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA, como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

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

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
6. Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
8. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
9. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
10. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
13. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
 - Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
 - Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
 - Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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,

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA**

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral da Próstata é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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 a Ressecção Transuretral da Próstata 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 **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** 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.