

COLAR ETIQUETA**Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr _____ e/ou os seus assistentes, a realizarem em mim ou em meu filho menor uma **POSTECTOMIA** (retirada de excesso de prepúcio do pênis) e/ou uma **FRENULOPLASTIA** (secção e sutura do freio peniano) como forma de tratamento da redundância de prepúcio, fimose, parafimose, condiloma acuminado, tumorações prepúciais, balanopostites de repetição e/ou do freio curto (provocando dor ou por rompimento incompleto). A cirurgia também poderá ser realizada por motivos religiosos, desejo dos pais ou do próprio paciente.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula.
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Edema, hematoma ou linfedema peniano.
6. Necrose da pele e/ou da glândula.
7. Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como, por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, etc.
8. Sangramento espontâneo na ferida cirúrgica ou na troca de curativos.
9. Hipersensibilidade na glândula que tende a desaparecer após alguns dias.
10. Pode ocorrer desvio do jato urinário durante o período em que a glândula estiver edemaciada.
11. Não há risco de comprometimento da ereção peniana por causa orgânica.
12. Após a cicatrização e desaparecimento do edema, a glândula ficará parcial ou totalmente exposta.
13. Após a cirurgia, a umidade da glândula e o esmegma tendem a desaparecer.
14. Estou ciente de que estarei impedido de qualquer prática sexual por algumas semanas, até que seja autorizado pelo cirurgião.

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. Trata-se de um procedimento que pode ser feito com anestesia local, associado ou não a sedação venosa, sob bloqueio anestésico ou anestesia geral. 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 necessitem 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 poderão aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem alternativas para tratar o meu problema ou elas já foram tentadas e mal sucedidas. Decidimos conjuntamente, eu, meus familiares e meu médico, que a **Postectomia** e/ou a **Frenuloplastia** 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.

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: _____ RG: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ RG: _____

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 Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os urologistas apresentem este texto a todos os seus pacientes.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente