

	CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA PARA H.P.B. TRANSVESICAL OU RETROPÚBICA
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 realizar uma **PROSTATECTOMIA** como forma de tratamento da H.P.B.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico assistente e consiste na remoção completa da parte interna da próstata, que está impedindo o adequado fluxo da urina pela uretra (canal). Como consequência desta operação, deverei permanecer com uma sonda vesical (cateter na bexiga, passando pela uretra) por alguns dias e poderei não ter mais ejaculação.

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

1. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
2. Dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos.
3. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anatomopatológico pós-operatório, mesmo que os exames tenham descartado previamente.
4. Possibilidade de permanecer com um dreno no abdômen para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue.
5. Necessidade de transfusão sanguínea devido a sangramento intraoperatório.
6. Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro.
7. Possibilidade de extravasamento de urina pela incisão ou pelo dreno, o que caracterizaria uma fístula.
8. Risco de sangramento na urina no pós-operatório requerendo reinternação hospitalar e novo procedimento cirúrgico.
9. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, cicatrização hipertrófica, etc).
10. Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo (ejaculação retrógrada).
11. Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva.
12. Possibilidade remota de impotência sexual.
13. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
14. Necessidade de retratamento no futuro (aproximadamente 10% dos pacientes).
15. Risco de morte, por tratar-se de cirurgia de grande porte.

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. 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 graves. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser através de acesso videolaparoscópico, robô-assistido ou de cirurgias por via endoscópica, como RTU (Ressecção Transuretral da Próstata), vaporização ou enucleação da próstata.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia para H.P.B. 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.

Aracaju (SE) _____ de _____ de _____. Hora: ____:_____

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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 aos seus pacientes.