

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
PRÓSTATO-VESICULECTOMIA RADICAL 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)

Por este documento individual o (a) paciente _____, ou seu responsável legal Sr.(a) _____, declara, dado o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, Dr. (a) _____, inscrito no CRM _____ a realizar o procedimento cirúrgico designado **“PRÓSTATO-VESICULECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA”** e outras condutas médicas que tal tratamento possa necessitar, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º e 39º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos), sugeriu o tratamento cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico, prognóstico e os procedimentos a serem realizados.

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

1. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica.
2. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
3. Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Possibilidade de dano à parede do reto (podendo raramente requerer colostomia temporária).
7. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento.
8. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
9. Possibilidade de haver fístula urinária podendo requerer uso de cateter vesical por tempo mais prolongado que o esperado e, mais raramente, necessidade de tratamento cirúrgico.
10. Possibilidade de ocorrer sangramento com coleção de sangue (hematoma) podendo requerer tratamento adicional.
11. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.
12. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia.
13. Não há garantia absoluta da cura do câncer podendo haver necessidade de tratamento complementar no futuro.

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 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 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: radioterapia externa, implante de material radioativo (braquiterapia), remoção cirúrgica dos testículos ou inibição medicamentosa da produção ou da ação do hormônio masculino, a simples observação sem realizar nenhum tratamento imediato ou realizar procedimento cirúrgico por via perineal, videolaparoscópica ou robótica.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a **Próstato-Vesiculectomia Radical Retropúbica** 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: _____

Testemunha: _____ RG: _____

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 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.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Código de Ética Médica

Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:

Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.