



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR como forma de tratamento da ausência, perda ou atrofia do testículo. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência (abertura espontânea da ferida operatória) dos pontos da ferida operatória.
2. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação da prótese.
3. Hematoma, seroma e ou edema no escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Dor ou desconforto no escroto e/ou na região do períneo e/ou inguinal requerendo medicamentos analgésicos.
5. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
6. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção.
7. Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante.
8. Perda espontânea da prótese por extrusão pela bolsa testicular ou pela região inguinal.
9. Defeitos estruturais da prótese necessitando sua substituição.
10. Diminuição da sensibilidade da bolsa testicular após o implante.
11. Assimetria de tamanho e/ou consistência entre o testículo remanescente e a prótese testicular.
12. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico.
13. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc).

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 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

o implante de protese testicular tem por finalidade única ocupar o espaço existente na bolsa testicular decorrente da ausência, perda ou atrofia do testículo. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR 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. Por fim, desejo realizar o procedimento cirúrgico acima citado e estou de acordo com todo o conteúdo deste termo de consentimento.

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

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: _____ R.G.: _____

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. 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.