

## **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL PERINEAL como forma de tratamento do câncer de próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra durante cinco a quinze dias para drenagem de urina.

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

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
2. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização anestésica, seja bloqueio raquimedular ou anestesia geral.
3. Dor ou desconforto na uretra e/ou região do períneo requerendo medicação analgésica.
4. Possibilidade de edema, hematoma ou infecção na incisão cirúrgica na região perineal requerendo tratamento futuro.
5. Possibilidade de permanecer por poucos dias com um dreno na região perineal.
6. Possibilidade de impotência sexual (falta de ereção do pênis) necessitando de tratamento futuro.
7. Possibilidade de perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva, necessitando de tratamento futuro.
8. Possibilidade de extravasamento de urina temporariamente pela incisão.
9. Risco de lesão intestinal (reto) necessitando de tratamento complementar com sutura do intestino ou realização de colostomia (exteriorização temporária do intestino para a pele do abdômen)
10. Perda definitiva do ejaculado.

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 terapias alternativas para meu caso poderiam ser a Prostectomia Radical Retropúbica, Prostectomia Radical Laparoscópica ou a Radioterapia como meios curativos ou, o uso de medicamentos (hormônios) como controle temporário da evolução do câncer não curativo). Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Postatectomia Radical Perineal é a melhor indicação neste momento para meu quadro de câncer de próstata.

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: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

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.**