

URO-ONCOLOGIA

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico _____ e/ou seus assistentes a realizar uma AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS (retirada de parte do pênis) como forma de tratamento do Câncer de Pênis. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei ter meu pênis reduzido de tamanho e permanecer com um cateter vesical por alguns dias ou até mesmo em definitivo caso aconteçam circunstâncias que impossibilitem uma micção adequada pelo coto uretral.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento;
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor;
4. Hematoma e ou edema no coto peniano e/ou escroto;
5. Dificuldade ou impossibilidade de penetração vaginal.
6. Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos;
7. Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de pênis e suas complicações;
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.

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 formulado de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Amputação Parcial do Pênis 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: _____

Nome: (em letra de forma): _____ 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 SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA 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 por ele tomadas livremente.