MaterDei
Rede de Saúde

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
(CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA RADICAL COM OU SEM LINFADENECTOMIA PÉLVICA ASSISTIDA ROBOTICAMENTE)

Paciente (nome completo):
Data de nascimento: / / Atendimento:

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s).
Declaro que fui esclarecido e dou plena autorização ao médico para que procedam com as investigações necessárias ao diagnóstico do meu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico denominado "PROSTATECTOMIA RADICAL COM OU SEM LINFADENECTOMIA PÉLVICA ASSISTIDA ROBOTICAMENTE", e todos os procedimentos que o incluem, ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.
Fui informado que a PROSTATECTOMIA RADICAL COM OU SEM LINFADENECTOMIA PÉLVICA ASSISTIDA ROBOTICAMENTE consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, onde o cirurgião, através de pequenas perfurações na área a ser operada, introduz uma câmera e instrumentos específicos, ligados aos braços do Robô. O cirurgião controla remotamente o robô, que além de fornecer a visualização amplificada, tridimensional e em alta definição da região a ser operada; executa os movimentos comandados pelo cirurgião
Declaro, que o (a) referido (a) médico (a) apresentou todas as possibilidades terapêuticas aplicáveis ao meu caso, e decidi pelo tratamento cirúrgico acima citado . Recebi informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento acima e por mim autorizado, especialmente os que se seguem:
DESCRIÇÃO:
Será realizado o tratamento cirúrgico do Câncer da Próstata, com a remoção total da próstata, vesículas seminais e dos linfonodos pélvicos regionais, através da técnica robótica. Como conseqüência desta operação, deverei permanecer com um cateter vesical por, no mínimo, uma semana e não terei mais ejaculação.
RISCOS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:
Fui esclarecido que:
1. Há a possibilidade de não realização da cirurgia no caso de alguma complicação anestésica ou cirúrgica ;

2. Poderá haver a necessidade de conversão para cirurgia videolaparoscopica devido impossibilidade de acesso à cavidade e ou aderências de procedimentos cirúrgicos anteriores, que dificultem a visualização e movimentos do Robô;

3. Poderá haver a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação;

4. Existe a possibilidade de incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual);

5. Existe a possibilidade de incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações);

6. Há a possibilidade de estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;

7. Existe a possibilidade de dano à parede do reto (podendo raramente requerer colostomia temporária);

8. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro;

9. Há a possibilidade de infecção nas incisões cirúrgicas, requerendo futuro tratamento;

10. Existe a possibilidade de formação de uma coleção de linfa dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento;

11. Há a possibilidade de formação de cicatrizes e formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);

12. Existe a possibilidade de confusão mental TEMPORÁRIA devido edema cerebral devido ao longo tempo do posicionamento cirúrgico;

13. Há a possibilidade de formigamentos, perda de sensibilidade ou lesões da pele, causados pelo posicionamento cirúrgico (Úlceras de pressão, Síndrome Compartimental);

14. Existe a possibilidade de ocorrer uma Trombose Venosa Profunda (TVP), que consiste na obstrução do fluxo de sangue por um coágulo, que pode ser formado devido ao longo período em que o paciente fica sob efeito anestésico, imóvel, durante a cirurgia. O coágulo pode se desprender e se movimentar na corrente sanguínea, atingindo o cérebro, pulmões, coração ou outros órgãos, levando a lesões graves.

Declaro ainda ter lido as informações contidas no presente termo, e que tive a oportunidade de fazer perguntas, recebi explicações suficientes, li, compreendo e concordo com tudo o que me foi esclarecido, e me comprometo a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), ciente de que sua não observância poderá acarretar outros riscos e efeitos colaterais.
Declaro-me ciente, de que o tratamento cirúrgico adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença, e do tratamento, poderá levar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas.
Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e que fui atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.
Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expresso o meu pleno consentimento para sua realização.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse**.**
□ **Paciente** □**Responsável**

Nome legível: Assinatura:

Grau de parentesco: Identidade N°:

Belo Horizonte, / / Hora: :

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e acompanhante, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e seu acompanhante, estão em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: Assinatura: CRM: