

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE ESFINCTER ARTIFICIAL AMS 800

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar um IMPLANTE DE ESFINCTER ARTIFICIAL AMS 800 como forma de tratamento da INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA (perda de urina aos esforços).

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um aparelho localizado ao redor da uretra, outro na bolsa testicular e outro no abdome (interligados por conexões). Fui também informado que após o procedimento permanecerei com a perda urinária por período médio de 6 semanas quando então será ativado o mecanismo do esfíncter artificial.

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 implantação do aparelho;
2. Possibilidade de deslocamento da posição adequada dos vários segmentos do aparelho, necessitando de possível novo procedimento cirúrgico para reposicionar o aparelho;
3. Dor ou desconforto no pênis, na região do períneo e/ou na bolsa testicular requerendo medicamentos analgésicos;
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
5. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga ou através do abdome para drenagem da urina;
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
7. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua completa remoção;
8. Possibilidade de reação ao material da prótese requerendo remoção do implante;
9. Perda espontânea da prótese por extrusão pela uretra, perfuração do corpo cavernoso ou extrusão dos seus vários segmentos pela pele, com necessidade da retirada da mesma.
10. Defeitos estruturais do material, como falha no funcionamento, necessitando sua substituição;
11. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico;
12. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc.);
13. O implante do esfíncter artificial não garante melhora de 100% da incontinência urinária (perda urinária). Após a sua ativação pode ocorrer ainda perdas de pequenas quantidades de urina aos esforços.

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 uso de medicações por via oral, fisioterapia perineal, sling masculino. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE ESFINCTER ARTIFICIAL AMS 800 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.