

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA.. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

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

- 1) Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
- 2) Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
- 3) risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
- 4) Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
- 5) Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
- 6) Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- 7) Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
- 8) Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
- 9) Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
- 10) Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
- 11) Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
- 12) Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
- 13) Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
- 14) Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
- 15) Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Prostatectomia transvesical 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 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.



DR. **LUÍS GUSTAVO TOLEDO**  
U R O L O G I S T A