

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA URETROPLASTIA PERINEAL

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma URETROPLASTIA PERINEAL como forma de tratamento para Estenose (estreitamento) da Uretra. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
2. Dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
3. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Possibilidade de infecção na uretra, na bexiga, ou na ferida operatória, necessitando de futuro tratamento.
5. Possibilidade futura de novo estreitamento.
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
7. Possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.
8. Possibilidade de permanecer com uretrotomia perineal por tempo indeterminado, sendo necessário urinar sentado.
9. Necessidade de permanecer com sonda vesical de demora por pelo menos 3 semanas.

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 Dilatação da Uretra com sondas especiais, às vezes periódicas e com resultados inferiores de sucesso.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Uretrotomia Interna é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de Estenose da Uretra.

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 tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

