

# Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que:

### DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

CÂNCER DE PÊNIS

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

**AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS**

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

#### PROCEDIMENTO

A amputação parcial do pênis consiste em um corte ao redor do pênis, sendo retirado uma parte do pênis, a qual pode variar o tamanho, a depender da necessidade.

#### OBJETIVO

A amputação parcial do pênis visa retirar uma parte do pênis acometido pelo tumor para tratamento de câncer do pênis.

#### PROBABILIDADE DE SUCESSO

A probabilidade de sucesso deste tratamento dependerá de diversos fatores como quadro clínico e comorbidades do paciente, achados inesperados no intra- operatório e demais variáveis que possam surgir durante o tratamento, entretanto a forma de tratamento proposta é a mais adequada a patologia em questão.

#### OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Em caso de não tratamento, a doença poderá metastatizar, ou seja, deixar de acometer somente

# Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

a região a ser tratada, atingindo outros órgãos próximos ou a distância, piorando ou impedindo seu tratamento atual e futuro, bem como impactando na piora de sua sobrevivência livre da doença.

### ALTERNATIVA

As outras formas de tratamento do tumor de pênis pode ser a radioterapia, braquiterapia, quimioterapia, mas o resultado é inferior a cirurgia proposta, pois o índice de cura é mais reduzido.

### RISCOS

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. Pode ocorrer mudança da cirurgia parcial para uma cirurgia total ou radical do pênis com retirada total do pênis e confecção da uretra na região perineal (entre o escroto e anus).
9. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.

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.

Foi-me concedida a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre a minha

# Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

doença e tratamento que serei submetido, assim como me foi disponibilizado a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário.

Estou ciente que podem ocorrer situações imprevisíveis sendo necessário realizar transfusão de sangue e outros hemocomponentes.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Estou ciente que é de minha exclusiva responsabilidade a solicitação do resultado do exame anatomopatológico (caso exista) que deverá ser levado para a revisão médica pós operatória para dar continuidade ao meu tratamento.

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de cirurgia, da eficiência dos cuidados médicos e da boa técnica cirúrgica e anestésica.

Fui também informado que, apesar de pouco comum, durante ou após qualquer procedimento cirúrgico, pode ocorrer formação de coágulo nas pernas (trombose venosa) e posterior deslocamento para os pulmões (embolia pulmonar), pneumonias, derrame cerebral (acidente vascular encefálico), infarto agudo do miocárdio, distúrbio dos batimentos e ritmo cardíaco (arritmias), parada cardiorespiratória inesperada, reações adversas a medicações utilizadas. Além disso, fui informado que, algumas vezes, estas complicações podem levar a internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e até óbito.

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

# Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Amputação Parcial do Pênis é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_ (hh:min)

Paciente  Responsável

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

# Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Data de nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

## AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hh:min)

Nome do  
médico \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_