

Termo de Ciência e Consentimento

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

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: _____

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:

DOENÇA DE PEYRONIE

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

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

PROCEDIMENTO

A cirurgia para correção da curvatura peniana na doença de Peyronie consiste em uma forma de tratamento para desfazer a curvatura do pênis, retificando o pênis.

OBJETIVO

A correção da curvatura peniana na doença de Peyronie visa retificar o pênis, facilitando a penetração na atividade sexual.

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 curvatura peniana persistirá causando perda da qualidade da

Termo de Ciência e Consentimento

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

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: _____

ereção, dor ou incapacidade de penetração.

ALTERNATIVA

As outras formas de tratamento da curvatura peniana na doença de Peyronie pode ser a injeção de substância na túnica albugínea no pênis, medicamentos via oral, 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. Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia.
2. Possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis.
3. Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis.
4. Falha ou recidiva da curvatura do pênis.
5. Dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos.
6. Presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
7. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
9. Perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula consequente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis.
10. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
11. Suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido a condição clínica surgida naquele momento.
12. Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.
13. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.

Termo de Ciência e Consentimento

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

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: _____

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

Termo de Ciência e Consentimento

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

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: _____

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 correção da curvatura peniana na doença de Peyronie é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

ORIENTAÇÕES PRÉ-CIRURGIA

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer um período sem realizar atividade sexual, retornarei a consulta de revisão.

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

Termo de Ciência e Consentimento

CURA CIRÚRGICA DE DOENÇA DE PEYRONIE

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: _____

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 _____

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: _____