

# 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: \_\_\_\_\_

## HOLEP (CIRURGIA A LASER DA PRÓSTATA)

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que no dia ..... de ..... de 20....., às ..... : ..... (hh:mm):

### 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:

HIPERPLASIA DA PRÓSTATA

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

**HOLEP (CIRURGIA A LASER DA PRÓSTATA)**

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

#### O PROCEDIMENTO

Tal procedimento consiste na remoção do tecido prostático por meio do uso de uma fibra a laser de alta potência, desobstruindo o trato urinário inferior do paciente, melhorando sua micção e urgência miccional, permitindo um esvaziamento mais adequado da bexiga e melhorando sua qualidade de vida.

#### PROBABILIDADE DE SUCESSO

A probabilidade de sucesso depende de diferentes variáveis orgânicas de minha própria cicatrização e metabolismo, entretanto a técnica proposta é a mais indicada para meu caso com excelentes resultados descritos em literatura.

#### OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Possível manutenção dos sintomas e sinais da patologia e falta de controle da doença.

#### ALTERNATIVAS

# 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: \_\_\_\_\_

## HOLEP (CIRURGIA A LASER DA PRÓSTATA)

A alternativa é realizar outras formas de cirurgia, como cirurgia aberta, laparoscópica, ressecção transuretral da próstata.

As outras formas deste tratamento podem não ser superiores e não são menos invasivas que o HOLEP.

### RISCOS

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 anátomopatológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
4. Incontinência urinária (perdas de urina) de caráter leve e transitório após a manipulação imediata.
5. Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual), ainda que tal fato seja raríssimo e anedótico.
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. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas conseqüências.
13. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer: a) Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula). b)

# 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: \_\_\_\_\_

## HOLEP (CIRURGIA A LASER DA PRÓSTATA)

Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia. c) Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento. d) Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia. e) Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

## 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).

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: \_\_\_\_\_

## HOLEP (CIRURGIA A LASER DA PRÓSTATA)

### 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.

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