

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: _____

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

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:

CÂNCER DA PRÓSTATA

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

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

PROCEDIMENTO

A prostatectomia radical (remoção de toda a próstata e das vesículas seminais) com linfadenectomia pélvica laparoscópica (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) é uma cirurgia por via laparoscópica para tratamento do câncer de próstata. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo 5 dias e não terei mais ejaculação.

OBJETIVO

O objetivo dessa cirurgia é realizar o tratamento do câncer de próstata.

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.

ALTERNATIVA

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: _____

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

Em alguns casos, a depender de vários fatores, o tratamento pode ser observação ativa, radioterapia (externa ou braquiterapia), prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica por via aberta.

OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

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

RISCOS

- Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:
- Deiscência dos pontos da sutura.
- Hematomas ou edema local.
- Edema, hematoma ou linfedema.
- Possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem presença de disseminação do câncer .
- Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
- Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
- Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
- Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- Possibilidade de dano à parede do reto (podendo raramente requerer colostomia temporária).
- Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento.
- Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.
- Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, etc.
- Edema cerebral.

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: _____

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

- Conversão para técnica aberta.

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 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 necessitem de tratamento e que não sejam do

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: _____

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

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 radical com linfadenectomia pélvica laparoscópica é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

ORIENTAÇÕES PRÉ-EXAME

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Deverei seguir as orientações do médico, levar os exames para a cirurgia.

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

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: _____

PROSTATECTOMIA RADICAL COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

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.

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____