

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou os seus assistentes _____ CRM N° _____ a

realizarem o procedimento Implante de Prótese Peniana, como forma de tratamento da minha incapacidade de obter ou manter ereção peniana adequada ou disfunção erétil.

II – Os procedimentos planejados para o tratamento da minha condição clínica fora a mim explicados pelo meu médico e como consequência desta operação deverei permanecer com o pênis de consistência endurecida e no seu maior tamanho.

III – Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me explicados e são os seguintes:

- **Dor ou desconforto no pênis e/ou períneo requerendo medicamentos analgésicos ou eventual remoção ou troca de prótese.**
- **Infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção.**
- **Insatisfação do paciente ou da parceria com o resultado da prótese.**
- **Possibilidades de reação ao material com o qual a prótese é feita (silicone) que podem causar futuros problemas desconhecidos pelos médicos.**
- **Defeitos estruturais da prótese, como quebra da haste metálica ou ruptura do silicone o que complica a troca da prótese.**

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: prótese inflável, aparelho de vacuoterapia, auto-injeção de drogas, uso de medicação intra-uretral e tratamento oral. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o implante de prótese peniana maleável é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

V – Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

VI – Atesto que este formulário me foi explicado, que li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi seu conteúdo.

Apesar de seu médico pode dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
- () Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015