

**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: PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL**

I – Autorizo ao médico \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes \_\_\_\_\_ CRM N° \_\_\_\_\_ a realizar

uma Prostatectomia radical retropúbica (remoção de toda próstata e das vesículas seminais) e uma Linfadenectomia Pélvica Regional (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) como forma de tratamento do câncer de próstata.

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 uma sonda vesical por no mínimo uma semana e não terei mais ejaculação.

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

- **Possibilidade de não realização da operação caso os gânglios linfáticos obtidos mostrem presença de disseminação.**
- **Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual).**
- **Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).**
- **Estreitamentos da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.**
- **Possibilidade de dano a 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.**
- **Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).**
- **Formação de uma coleção de líquidos dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento.**

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: radioterapia externa, implante de material radioativo (braquiterapia), remoção cirúrgica dos testículos ou inibição medicamentosa da produção ou da ação do hormônio masculino, a simples observação sem realizar nenhum tratamento imediato ou realizar o procedimento por via perineal. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a prostatectomia radical retropúbica 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 – Certifico que este formulário me foi explicado e 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.

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

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**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