

**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: URETROTOMIA INTERNA**

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

uma Uretrotomia Interna, como forma de tratamento do estreitamento da uretra e/ou colo vesical.

II – O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com uma sonda vesical por no mínimo três dias e em alguns casos não terei mais ejaculação. Necessitarei, segundo meu médico, acompanhamento com dilatações uretrais por tempo indeterminado.

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

- Hemorragia uretral, necessitando eventualmente conversão para cirurgia aberta ou reoperação futura. O uso do AAS (ácido acetilsalicílico) e o fumo podem contribuir para o fato.
- Necessidade de abertura da bexiga para introdução, de forma retrógrada de sondas metálicas com intuito de facilitar o procedimento.
- Perfuração da bexiga e/ou próstata necessitando reparo por cirurgia aberta convencional.
- Estreitamentos da uretra e colo da bexiga, necessitando correção futura.
- Incontinência urinária, perda involuntária de urina. Embora rara, existem publicações em literatura médica.
- Embolia pulmonar (liberação de pequenos coágulos na circulação sanguínea).
- Algum tipo de disfunção sexual, embora raro, é relatado por alguns pacientes.
- Recorrência do estreitamento e a não realização do procedimento na primeira tentativa ou mesmo a desistência e opção por cirurgia aberta futura.

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: tentativas de dilatação uretral. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a uretrotomia interna 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