

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: POSTECTOMIA

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou os seus assistentes _____ CRM N° _____ para tratar-me (ou tratar meu filho _____ de _____ de idade) e foi indicada como tratamento a operação chamada postectomia.

II - Antes da operação foi-me informado que: A postectomia é uma operação que retira o prepúcio. Pele que recobre a glândula. Está indicada quando existe fimose(a extremidade do prepúcio é estreita, impedindo a exteriorização da glândula), balanopostite de repetição(infecção e/ou inflamação da glândula e/ou prepúcio) ou por motivos religiosos.

III - Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica (ou da criança) o requeira. Ao final do processo de cicatrização após a operação, a glândula ou parte desta ficará permanentemente exposta.

IV - As complicações, raras, que podem ocorrer são:

- **Hematoma (sangramento interno).**
- **Aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou pênis (equimoses).**
- **Dor ou infecção.**

IV - Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou sua equipe. Às vezes as bordas da sutura podem afastar-se discretamente e pode ocorrer edema (inchaço) do pênis e um pequeno sangramento.

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

VI - O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens submetidos a postectomia.

Diante do exposto eu _____
RG _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que autorizo a realização da postectomia em mim (ou em meu filho _____)

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

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

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