

PACIENTE: _____ ATENDIMENTO: _____ DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO: _____ IDADE: _____ SEXO: _____ UNIDADE: _____ TEMPO INTERN: _____
CONVÊNIO: _____ PLANO: _____

- BIÓPSIA TRANSRETAL DE PRÓSTATA -

Por este instrumento, eu declaro que:

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

DIAGNÓSTICO:

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

- BIÓPSIA TRANSRETAL DE PRÓSTATA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

NÃO

LATERALIDADE: DIREITA ESQUERDA BILATERAL NÃO SE APLICA

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Antes do procedimento foi-me explicado sobre a necessidade da realização da biópsia porque o meu PSA estava elevado, porque havia nódulo duro na minha próstata, detectado durante o toque retal, ou porque uma área suspeita foi identificada em exame de ressonância magnética da próstata.

Também os médicos me esclareceram sobre o procedimento. Disseram que ele é feito sob sedação (anestesia mais leve) e com uso de anestésico local. É um procedimento realizado através do reto, onde é introduzida uma sonda de ultrassonografia para direcionar uma agulha para retirar fragmentos da próstata. Na maioria dos casos em torno de 12 fragmentos são retirados, mas esse número pode variar. Caso haja área suspeita identificada em exame prévio de ressonância, amostras direcionadas dessa área podem ser obtidas. Estes fragmentos são encaminhados para o laboratório onde serão estudados no microscópio.

Descrição adicional do procedimento:

NÃO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas visam contribuir para elucidação diagnóstica.

Desta forma, fui orientado que devo levar o resultado da biópsia ao meu médico para, dependendo do resultado, discutirmos as opções de tratamento para o meu caso.

Benefícios esperados adicionais:

NÃO

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

NÃO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

1. É muito comum que ocorram sangramentos pelo reto e nas fezes, na urina e na ejaculação. O sangramento nas fezes e urina geralmente é de curta duração, variando de algumas horas a poucos dias. É esperado que o sangramento na ejaculação dure mais tempo, podendo perdurar por algumas semanas;

2. Dor no local da biópsia;

3. Infecção (com febre), que pode inclusive resultar em internação hospitalar com necessidade do uso de antibióticos intravenosos (pela veia) ou outros procedimentos/cirurgias;

4. Mesmo com a realização adequada do procedimento e seguindo protocolos bem estabelecidos, não há garantia que a amostra retirada necessariamente represente todo o tecido ou, eventualmente, lesões que podem existir na próstata.

De qualquer maneira, fiquei certo de que se precisar posso entrar em contato com meu médico ou sua equipe a qualquer momento depois da biópsia.

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

PACIENTE:		ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	UNIDADE:
CONVÊNIO:		PLANO:	TEMPO INTERN:

Riscos potenciais adicionais:
NÃO

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:
NÃO

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 Sim Não, 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.

Autorizo a realização de exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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. Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

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

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

Tenho ciência de que a Rede D'Or promove o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) e adota medidas de segurança adequadas. Fui devidamente orientado(a) e incentivado(a) a acessar <https://rededorsaoluiz.com.br/o-grupo/privacidade> para obter acesso ao conteúdo integral da Política de Privacidade da Rede D'Or.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)

Paciente

ou

Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento.

Representante / Responsável Legal:

Identidade:

Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

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.

PACIENTE:				ATENDIMENTO:	DATA: 26/08/2024
NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:		UNIDADE:	TEMPO INTERN:
CONVÊNIO:			PLANO:		

Salvador, 26/08/2024 16:07:00