

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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):

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

URO - POSTECTOMIA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Postectomia é uma cirurgia que consiste na remoção do excesso da pele (prepúcio) que recobre o pênis preservando quantidade de pele suficiente para recobrir a glândula, que poderá ser facilmente exposta nos momentos de higiene. A postectomia tem sido o tratamento tradicional para fimose, que é a incapacidade de redução do prepúcio com completa exposição da glândula. A fimose pode ocorrer em qualquer idade, sendo muito comum nas crianças, mas também pode acontecer em adultos e em pacientes idosos. Nos casos nos quais o tratamento local não melhora um quadro infeccioso local (ou o paciente apresenta infecções de repetição) ou quando o paciente apresenta uma fimose muito fechada, a cirurgia precisa ser realizada. A cirurgia pode também ser realizada por opções pessoais, familiares e/ou religiosas.

A fimose, portanto, consiste em um estreitamento congênito ou adquirido da abertura prepucial, caracterizada por um prepúcio não retrátil, sem aderências, que pode causar acúmulo de secreção, podendo resultar em irritação e balanites. Em casos extremos, este estreitamento pode se tornar uma obstrução verdadeira, interferindo na micção, podendo causar, subsequentemente, pressão retrógrada à bexiga, ureteres e rins.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O objetivo da cirurgia é a melhora da doença, preservando a continência e, sempre que possível, a função erétil. Entre os objetivos do procedimento, podem se aplicar:

- Tratamento de condições médicas: a postectomia pode ser indicada para tratar condições médicas como fimose, balanopostite recorrente, entre outras;
- Melhoria da higiene: Em alguns casos, a cirurgia pode facilitar a higiene genital e reduzir o risco de infecções;
- Alívio de sintomas: Em pacientes com complicações devido ao prepúcio, a postectomia pode proporcionar alívio de sintomas como dor e desconforto.

Benefícios esperados adicionais:

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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. Entre as alternativas, foram discutidas:

- Tratamento conservador: Em alguns casos, é possível tratar certas condições do prepúcio com medidas não cirúrgicas, como medicamentos tópicos;
- Acompanhamento médico: Dependendo da condição do paciente, o acompanhamento regular com um médico especializado pode ser uma opção alternativa;
- Observação vigilante: Em situações em que a cirurgia não é urgente, a opção de aguardar e observar a evolução da condição pode ser considerada;

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia/procedimento 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:

- Dor local ou desconforto, que pode persistir por um período de tempo variável;
- Edema (inchaço local);
- Hiperemia (vermelhidão);
- Sangramento que eventualmente poderá necessitar de intervenção e/ou nova cirurgia;
- Hematoma;
- Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia;
- Infecção do sítio cirúrgico;
- Deiscência (abertura) dos pontos;
- Necrose da pele e/ou da glândula;
- Alterações na sensibilidade: após a cirurgia, pode haver alterações na sensibilidade do pênis, podendo afetar a experiência sexual;
- Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como, por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide e outras aqui não definidas;
- Necessidade de nova cirurgia para correção de eventual excesso de pele persistente;
- Fístula uretral;
- Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos;
- Complicações cardíacas/respiratórias e suas consequências, inclusive óbito.

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

Riscos potenciais adicionais:

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 consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. A fase inicial de cicatrização pode apresentar inchaço localizado e sangramento leve. Métodos para auxiliar em uma recuperação mais rápida dependerão da evolução de cada paciente no pós-operatório. O (A) médico responsável discutiu e orientou as melhores técnicas de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

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 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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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.

--

[] SIM [] NÃO - Autorizo 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.

—

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.

ou

Paciente

Responsável

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

Nome: _____

RG: Parentesco:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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.

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**