

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 - PROSTATECTOMIA RADICAL

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A prostatectomia radical é um dos métodos mais consagrados para o tratamento de tumores não metastáticos. A cirurgia envolve a remoção de toda a próstata e ambas as vesículas seminais. Pode ser realizada de múltiplas formas: cirurgia aberta, laparoscópica ou robótica. Em casos selecionados, especialmente nos casos de maior risco, é recomendada a realização de linfadenectomia (retirada de linfonodos) pélvica bilateral. Fui informado sobre a necessidade de uso de sonda vesical ao final do procedimento e que pode ser necessário também a colocação de um dreno abdominal para esvaziar líquidos e vigiar possíveis complicações cirúrgicas.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

O objetivo da cirurgia é a erradicação da doença oncológica, com menor risco de recidiva/complicações locais (incluindo dor, obstrução urinária, obstrução intestinal, entre outros), menor risco de surgimento/progressão de doenças à distância (metástases) e, consequentemente, melhor qualidade de vida e maior sobrevida. Há o objetivo também de tentar, dentro do possível, preservar a continência e a função erétil.

Benefícios esperados adicionais:

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. Foram discutidas alternativas de outras modalidades de tratamento ? incluindo observação (tratamento expectante),

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

radioterapia, tratamento farmacológico (hormônio e/ou quimioterapia), entre outros. Também foram discutidos os pontos positivos e benefícios das diferentes formas (vias de acesso) para realização da cirurgia. Em face do quadro clínico, das características e preferências individuais do paciente e do conhecimento científico atual, optado em conjunto pela realização do procedimento aqui proposto.

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:

- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização de bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada;
- Dor ou desconforto na uretra ou região da incisão cirúrgica requerendo medicamentos analgésicos;
- Possibilidade de permanecer com um dreno no abdômen para drenar possíveis coleções internas de líquido ou sangue;
- Possibilidade de edema, hematoma e/ou infecção na incisão cirúrgica requerendo tratamento futuro;
- Necessidade de transfusão sanguínea antes ou após a operação;
- Possibilidade de extravazamento de urina pela incisão ou pelo dreno;
- Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
- Traumas vasculares intra abdominais no momento da punção ou na colocação dos trocarter
- Dano à parede do reto (podendo requerer colostomia temporária) ou outros órgãos intra-abdominais;
- Formação de coleção líquida dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento/cirurgia;
- Cicatrização esteticamente inadequada (quelóide, hipertrófica, entre outros);
- Hérnia incisional;
- Complicações decorrentes da posição de Trendelenburg;
- Permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo;
- Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva;
- Possibilidade de impotência sexual;
- Parada cardiorespiratória e suas implicações, incluindo óbito.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

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

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

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.

Caso seja necessário a colocação de dreno/sonda/catéter Duplo J ou de Nefrostomia (entre outros), fui informado sobre uma previsão de permanência, porém somente na consulta de acompanhamento será possível definir com maior precisão por quanto tempo ele deverá ficar e quando deverei retirar o catéter implantado na cirurgia.

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:

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