

CONSENTIMENTO INFORMADO

PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____
Identidade nº: _____ Órgão expedidor: _____,
declaro que estou devidamente informado(a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL.

DEFINIÇÃO: remoção de toda a próstata e das vesículas seminais e uma LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) como forma de tratamento do câncer da próstata. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo uma semana e não terei mais ejaculação.

COMPLICAÇÕES:

1. Possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem presença de disseminação do câncer;
2. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação;
3. Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana.(impotência sexual);
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações);
5. Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
6. Possibilidade de dano à parede do reto (podendo raramente requerer colostomia temporária.);
7. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro;
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
9. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias);
10. Formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento;

11. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico;
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
13. Sangramento com necessidade de transfusão.

Belo Horizonte, _____, de _____, de _____.

Assinatura do paciente/responsável (*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo
Termo de Consentimento