

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA DA CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE.

#### Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia.
2. Possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis.
3. Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis.
4. Dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos.
5. Presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
6. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula consequente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis.
9. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
10. Suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido a condição clínica surgida naquele momento.
11. Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cirurgia para Correção da Curvatura Peniana é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**