

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. e/ou seus assistentes a realizar um DESBRIDAMENTO PÉLVICO como forma de tratamento de SÍNDROME DE FOURNIER. Estamos cientes que se trata de uma patologia extremamente grave e com prováveis seqüelas. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

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

1. Cicatrização da ferida operatória por segunda intenção (naturalmente e sem pontos)
2. Possibilidade de orquiectomia (retirada do testículo) uni ou bilateralmente de acordo com a necessidade do processo infeccioso.
3. Possibilidade de desbridamento do tecido peniano com necessidade de uretostomia perineal (abertura da uretra no períneo)
4. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
5. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
6. Hematoma e ou edema regional
7. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
8. Suspensão do ato cirúrgico por condição clínica previamente ou posteriormente ao seu início.
9. Possibilidade de cicatrização esteticamente comprometida (cicatriz hipertrófica, retração cicatricial, 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 necessitarem 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 o DESBRIDAMENTO PÉLVICO 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 ou responsável: _____

Nome: (em letra de forma): _____ **R.G:** _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ **R.G:** _____

Testemunha: _____ **R.G:** _____

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