

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA IMPLANTE DE PRÓTESES TESTICULAR

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. .... e/ou seus assistentes a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE TESTICULAR como forma de tratamento da ANORQUIA (Ausência de testículo)

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com a prótese em bolsa escrotal.

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

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação da prótese;
2. Possibilidade do haver diferenças de tamanho entre a prótese e o testículo natural;
3. Dor ou desconforto no escroto (bolsa testicular) requerendo medicamentos analgésicos;
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
5. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina;
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
7. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção;
8. Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante;
9. Perda espontânea da prótese por extrusão;
10. Defeitos estruturais da prótese, como ruptura do silicone, necessitando sua substituição;
11. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico;
12. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, 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 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.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso, porém decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE PRÓTESES TESTICULAR 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.**