

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor uma POSTECTOMIA (retirada de excesso de prepúcio do pênis) como forma de tratamento da redundância de prepúcio, fimose, parafimose ou balanopostite de repetição.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula.
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Edema, hematoma ou linfedema.
6. Necrose da pele e/ou da glândula.
7. Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, 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

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar o meu problema, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Postectomia 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:** _____

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.