

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO POSTECTOMIA

O presente **Termo de Consentimento Informado e Esclarecido** tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ e seu responsável quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Invasivo **POSTECTOMIA**, que tem por finalidade **RETIRAR O EXCESSO DE PELE DO PÊNIS E CORRIGIR A FIMOSE COM PONTOS OU COLOCAÇÃO DE ANEL PLÁSTICO**.

### Declaro que:

- Fui informado sobre o procedimento e a possibilidade das seguintes **complicações**:
  - ✓ Dor local, amortecimento, inchaço, vermelhidão, sangramento ou hematoma.
  - ✓ Drenagem de secreção sero-sanguinolenta principalmente no primeiro dia.
  - ✓ Infecção local com saída de pus.
  - ✓ Abertura dos pontos.
  - ✓ Se refizer a fimose, haverá necessidade de novo procedimento cirúrgico.
  - ✓ Possibilidade da retirada de toda a pele que recobre a cabeça do pênis.
  - ✓ Possibilidade da retirada do anel plástico colocado na cirurgia por deslocamento ou infecção do mesmo.
  - ✓ Outras complicações mais raras, mas que também estão descritas na literatura médica podem ocorrer, muitas vezes necessitando nova intervenção cirúrgica.
- Informei aos médicos responsáveis pelo procedimento sobre os medicamentos que estão sendo administrados a esta criança ou a este adolescente pelo qual sou responsável;
- Recebi informações quanto à manutenção das medicações e **jejum** necessário antes do procedimento;
- Estou ciente de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário realizar **anestesia**;
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos **riscos**, **benefícios** e **alternativas** de tratamento. Também fui informado sobre os riscos e benefícios de não realizar o tratamento proposto;
- Recebi explicações, li, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento **autorizo a realização do procedimento proposto**.

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e responsável pelo mesmo, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para tratamento descrito. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Campos dos Goytacazes (RJ) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Ass. Medico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### Testemunhas

\_\_\_\_\_  
Nome/RG

\_\_\_\_\_  
Nome/RG