

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. Como consequência desta operação, o paciente deve permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderá não ter mais ejaculação.

COMPLICAÇÕES:

- Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos;
- Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo patológico pós-operatório;
- Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção;
- Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações);
- Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual);
- Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico;
- Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento;
- Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação;
- Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento;
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias);
- Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências;
- Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - ✓ Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula);
 - ✓ Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia;
 - ✓ Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento;
 - ✓ Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia;
 - ✓ Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

CBHPM – 3.12.01.13-0

CID – N40.X

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome/RG

Nome/RG

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº1.931/09:

É vedado ao médico: **Art. 22.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9 – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art.39** – É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização.