

TCLE* – POSTECTOMIA

*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de **POSTECTOMIA** ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM sob o n.º _____ a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: A postectomia é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção do prepúcio, a pele que cobre a glândula do pênis. Geralmente é realizada para tratar casos de fimose, em que o prepúcio é muito apertado e não pode ser retratado adequadamente. Durante a cirurgia, o prepúcio é removido e os pontos são colocados para fechar a incisão. A recuperação costuma ser relativamente rápida, com cuidados pós-operatórios adequados.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES: 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 cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira) / 8. Sangramento com necessidade de transfusão.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos trato digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos trato digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertas, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO)

DECLARO AINDA QUE:

- 1) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 2) Autorizo a realização exames complementares e biópsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 3) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.
- 4) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Franca, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

- () Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.
- () Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de **emergência**. Por ser verdade:

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____

ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO: _____

CRM: _____