

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA (remoção de toda a próstata e das vesículas seminais) e uma LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) como forma de tratamento do CÂNCER DA PRÓSTATA).O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo uma semana e não terei mais ejaculação.

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

1. Possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem presença de disseminação do câncer .
2. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
3. Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana.(impotência sexual).
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Possibilidade de dano à parede do reto(podendo raramente requerer colostomia temporária.).
7. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
9. Possibilidade de embolia pulmonar(coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento.
11. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.

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 poderiam ser: radioterapia externa, implante de material radioativo(braquiterapia) , remoção cirúrgica dos testículos ou inibição medicamentosa da produção ou da ação do hormônio masculino, a simples observação sem realizar nenhum tratamento imediato ou realizar procedimento por via perineal. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a prostatectomia radical retropúbica 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.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____