

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA (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.
12. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
13. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia
14. Possibilidade de enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele).
15. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma
16. Possibilidade de embolia gasosa ainda que extremamente rara.
17. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório.
18. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção.
19. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento.
20. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento devido a traumas vasculares.
21. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações.

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 Videolaparoscópica 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: \_\_\_\_\_ 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.**