

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. **Rogério P. Moritz**, MD, PhD

Prof. Dr. **Flávio Lobo Heldwein**, MD, PhD

Disciplina de Urologia

Departamento de Cirurgia

Fone: +55 (48) 37219052

flavio.lobo@gmail.com

Fax: 5548 37219052

http://ccs.ufsc.br/cirurgia

Rua Prof Maria Flora Pausewang, s/n Florianópolis, SC – Brasil 88036-800

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA EM UROLOGIA

Eu, abaixo assinado, autorizo os médicos urologistas e seus assistentes (SERVIÇO DE UROLOGIA– HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) a realizar _____ como forma de tratamento do _____.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

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

1. Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
2. Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
3. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
4. Hematúria (sangramento na urina). Sobrecarga de líquidos a chamada síndrome dilucional.
5. Estreitamento da bexiga, ureter e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Não há garantia absoluta da cura dos sintomas, 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. _____

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 que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, sepse (infecção generalizada), parada cárdio-respiratória, problemas cárdio-vasculares e respiratórios, tratamento em UTI.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Cirúrgico do aumento da Próstata 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: _____ RG: _____

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 **Sociedade Brasileira de Urologia** recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado **RESPEITA O DIREITO DO PACIENTE DE SER BEM INFORMADO E 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.**

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - 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...

CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Os **problemas urinários** são comuns. Porém, muitas dúvidas sob tais problemas ainda existem e eu **autorizo os médicos da urologia, a incluir os dados do meu prontuário** para uma possível análise com o objetivo de revisão para pesquisa médica se, no futuro, estudos a respeito de problemas urinários forem aprovados pelo Comitê de Ética da UFSC. Confirmando que me foi garantido o anonimato **sem a possibilidade de me identificar** em tais revisões e que me foi garantido que **nenhum prejuízo para mim e para o meu tratamento acontecerá se eu não aceitar autorizar** a revisão destes dados. Portanto, Eu autorizo **o uso destes dados em forma de banco de dados** do Dr Flávio (urologia).

() Eu **dispensar a necessidade de ser contactado no futuro para uma nova autorização.**

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Médico: _____