



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

**PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM
LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL**

O(a) paciente ou seu(sua) responsável abaixo assinado, autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a internação, o tratamento clínico e a realização do(s) procedimento cirúrgico designado **“PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL”**.

- **Definição:** Prostatectomia Radical consiste na 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.

Em consequência desta operação paciente deverá permanecer com um cateter vesical (sonda) por no mínimo uma semana e não terá mais ejaculação.

- **Principais Complicações:** necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação, incapacidade de obter ou manter a ereção peniana (impotência sexual), incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações), estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos, infecção na incisão cirúrgica, embolia pulmonar, formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), hérnia incisional, possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula), dor no local da cirurgia, enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele), traumas vasculares e lesões no aparelho digestório, lesões no trato urinário, possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento por traumas vasculares.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento clínico/cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares,



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”

**Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição
(Resolução CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)**

**PROSTATECTOMIA RADICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA COM
LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL**

medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

4. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

5. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado, sem necessidade de dar nenhuma explicação.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____