

## **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL como forma de tratamento da DISFUNÇÃO ERÉTIL (incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana) O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com o pênis de consistência endurecida. Fui também informado que a ereção obtida após o implante peniano não será igual à ereção natural, que a prótese não causará aumento no comprimento do pênis e que a glândula não se encherá de sangue como na ereção natural.

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

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação das próteses
2. Possibilidade de só ser possível à implantação da prótese em um lado (em um só corpo cavernoso).
3. Dor ou desconforto no pênis e/ou na região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico
5. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção
8. Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante
9. Perda espontânea da prótese por extrusão pela uretra ou perfuração do corpo cavernoso
10. Defeitos estruturais da prótese, como quebra da haste metálica ou ruptura do silicone, necessitando sua substituição
11. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico.
12. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc).

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 implante de prótese inflável, aparelho de vacuoterapia, auto-injeção de drogas vasoativas, uso de medicação intra-uretral ou tratamento com medicamentos orais. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL 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.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

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.**