ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA- RTU

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA-RTU como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como conseqüência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação. O procedimento descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios, mas não existe garantia total de resultado favorável.
A técnica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo, Dr (a) _____ _____ CREMEB:_____ que também me informou outras opções para o tratamento da minha doença. É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações nos meus hábitos de vida para atender às orientações pré e pós-operatórias que me foram concedidas.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como: Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos; Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório; Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção; Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações); Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual); Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos; Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico; Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento; Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação; Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento; Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias); Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências. Caso seja necessária a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer: possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula); possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento; possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia; possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste Termo de Consentimento e até mesmo o óbito. Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local).
Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Autorizo que todo material que for removido durante o procedimento, deverá ser enviado para estudo anátomo patológico para confirmação diagnóstica pelos laboratórios conveniados ao Itaigara Memorial.

( ) Autorizo **( ) Não autorizo**

Nos casos em que o paciente for particular ou convênio não credenciado aos laboratórios parceiros, a peça será entregue ao paciente com as devidas orientações.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue** ( ) **Autorizo transfusão de sangue**

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____
Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____
Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA- RTU

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____