

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DA CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético, atendendo ao disposto no art. 59º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____,

quanto aos principais aspectos relacionados a correção cirúrgica da **CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE** e ou a realização de procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, profissionais especializados e empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS

1) Procedimento: Cirurgia de Nesbit: consiste no encurtamento do lado oposto à curvatura do pênis, obtido através da excisão de elipses ou da plicatura da túnica albugínea do pênis. Múltiplas plicaturas paralelas: consiste em uma série de três a cinco plicaturas paralelas na túnica albugínea contralateral ao ponto de maior curvatura do pênis, sem a excisão de uma elipse da túnica albugínea. Excisão e substituição da placa de Peyronie: consiste na remoção completa da placa de Peyronie e sua substituição por enxertos autólogos ou sintéticos. Incisão da placa e enxerto de veia safena: técnica proporciona um alongamento do pênis na região da placa, levando ao restabelecimento do comprimento original do pênis em todos os casos.

2) Complicações e Riscos: possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia, de não se corrigir completamente a curvatura do pênis, presença de pontos de sutura e cicatriz cirúrgica que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis, dor e/ou desconforto e/ou edema no pênis requerendo analgésicos, tratamento clínico e/ou cirúrgico, infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento, perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula conseqüente a necessidade de dissecação do feixe vaso nervoso do pênis, suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra indicada ou devido à condição clínica no momento do ato cirúrgico.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da correção cirúrgica da **CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE** e ou Procedimentos prescritos. Declaro que recebi do (a) Dr. (a) _____, CRM: _____ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a correção cirúrgica da **CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições. Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar em prejuízos nos resultados. 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.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

1ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

2ª Testemunha

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de correção cirúrgica da **CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, _____ de _____ de _____

Nome completo: _____ CRM: _____

Assinatura

INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
 - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
 - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

OUTRAS ANOTAÇÕES