

TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao: () Paciente e ou () Responsável: _____, quanto aos principais aspectos relacionados ao **IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA**, 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:** substituição do mecanismo de ereção natural do corpo por um sistema de ereção artificial.
- 2) **Complicações e Riscos:** perda de sensibilidade na glândula, diminuição do tamanho e volume do pênis, alterações da libido, orgasmo ou relacionamento do casal, insatisfação da parceira, hematomas, perfuração da albugínea do corpo cavernoso, lesão da uretra, retenção urinária, erros de tamanho dos cilindros, isquemia, extrusão de uma das hastes ou cilindros, nova intervenção cirúrgica, flexão ou queda ventral da glândula, fibrose distal, ereções deficientes, dor, edema prolongado e balanite, infecção, defeitos mecânicos das próteses.
- 3) **Informações Pertinentes:** não se devem criar falsas expectativas uma vez que a prótese restabelece apenas a rigidez peniana e resolve única e exclusivamente a dificuldade de penetração. É importante também esclarecer à parceira do paciente a indicação e os resultados esperados com o implante, não criando outras expectativas a não ser a resolução do problema da ereção, afecções da bexiga, próstata e uretra devem ser cuidadosamente avaliadas e tratadas antes da execução do implante.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ () Paciente () Responsável grau de parentesco: _____, autorizo a realização da **IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA** 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 **IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA** 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 **IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios e implicações, 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 _____

completo: _____ CRM: _____

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