



## Consentimento Informado para Ressecção Transuretral de Próstata

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes, a realizar uma **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE PRÓSTATA** como forma de tratamento da hiperplasia benigna da próstata. O procedimento foi a mim explicado pelo meu médico assistente e consiste na remoção parcial da parte interna da próstata, que está impedindo o adequado fluxo da urina pela uretra (canal). Como consequência desta operação deverei permanecer com uma sonda vesical (cateter na bexiga, passando pela uretra) por alguns dias e poderei não ter mais ejaculação.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. 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.
2. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genitália requerendo medicamentos analgésicos.
3. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anatomopatológico pós operatório, mesmo que os exames tenham descartado previamente.
4. Não resolução completa dos sintomas, principalmente naqueles pacientes que tiveram retenção urinária, provavelmente por falência vesical, podendo ser necessária a continuidade do uso de uma sonda vesical.
5. Risco de infecção urinária, requerendo tratamento.
6. Risco de lesão de órgãos adjacentes durante a ressecção.
7. Risco de incontinência urinária (perda de urina em diversas situações) ou disfunção erétil (impotência sexual – dificuldade em obter e/ou manter uma ereção peniana).
8. Possibilidade de permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo (ejaculação retrógrada).
9. Estreitamento da uretra (canal da urina), requerendo dilatações ou tratamentos futuros.
10. Necessidade de transfusão sanguínea devido a sangramento intra-operatório.
11. Risco de sangramento na urina no pós-operatório requerendo reinternação hospitalar e novo procedimento cirúrgico.
12. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta, por problemas técnicos ou complicações durante o ato cirúrgico. Neste caso:
  - a. possibilidade de saída de urina pela ferida operatória (cicatriz) o que caracteriza uma fístula.
  - b. possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
  - c. possibilidade de infecção na ferida operatória (incisão cirúrgica).
  - d. possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
  - e. possibilidade de dormência em torno da região operada.
13. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
14. Necessidade de retratamento no futuro (aproximadamente 10% dos pacientes).
15. Risco de morte, mesmo tratando-se de cirurgia de médio porte.

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 médicos 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. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral da Próstata é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Atesto que este formulário foi me explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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 Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**