

### TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA

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 a **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** 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:** desobstrução do fluxo urinário através da ressecção endoscópica parcial da próstata, dentro do programa paratratamento de hiperplasia prostática benigna. A anestesia pode ser local, sedação ou anestesia geral, conforme a necessidade de cada caso e a indicação do anestesista.

2) **Complicações e Riscos:** complicações clínicas, cirúrgicas e intercorrências relacionados a medicamentos/materiais, anestesia e outros, podendo incluir, mas não se limitando a: eventos adversos cardiológicos, pulmonares e neurológicos, insuficiência renal, isquemias, infecções, sangramento, reações secundárias, coágulos, perda de sensibilidade, edema pulmonar, perda de funcionalidades, paralisias, acidente vascular encefálico, dano cerebral, ataque cardíaco, deiscência de suturas; deficiências protéicas, anemia, impotência sexual, incontinência urinária, estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos, infecção urinária, síndrome hemolítica, re- operação ou permanência no hospital superior à prevista, necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta, saída de urina pela ferida operatória por algum tempo, formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia, queiloide, infecção na incisão cirúrgica.

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** 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 **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** 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	2ª Testemunha
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____
CPF: _____	CPF: _____

### DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Declaro ter explicado todo o procedimento de **RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** 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, estão 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 NOTÍCIAS