



CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma **CORREÇÃO DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO** como forma de tratamento do meu problema. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação permanecerei com um tampão vaginal, eventualmente dreno, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária necessitando passagem de cateter na bexiga por um período prolongado.
2. Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do prolapso requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome).
3. Sangramento vaginal e formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem.
4. Retenção urinária prolongada requerendo cirurgia posterior para reparação.
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
8. Aparecimento ou agravamento de disfunção sexual como dor nas relações e/ou diminuição da sensibilidade genital necessitando posterior tratamento.
9. Não há garantia da cura do prolapso podendo haver necessidade de tratamento futuro.
10. Possibilidade de trombose venosa e embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
11. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.
12. Possibilidade de deiscência da sutura vaginal podendo requerer nova cirurgia
13. Surgimento ou agravamento de incontinência urinária.
14. Surgimento ou agravamento de obstipação intestinal.
15. Dor pélvica e/ou abdominal transitória ou persistente requerendo tratamento.
16. Em caso de uso de tela para a correção do prolapso acrescenta-se complicações diretamente relacionadas ao implante: erosão para órgãos adjacentes (bexiga, uretra, intestino), exposição vaginal, dor crônica e infecção, podendo requerer a retirada cirúrgica.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais a aqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem 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.

O referido médico explicou-me as terapias alternativas para meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica do Prolapso pela técnica proposta é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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.

Data ___/___/___ Hora: ___:___

Assinatura do paciente: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

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.