

**ANDROLOGIA
CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DA CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico _____ e/ou seus assistentes a realizar uma CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE.

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

1. Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia;
2. Possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis;
3. Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis;
4. Dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos;
5. Presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
6. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina;
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
8. Perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula consequente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis;
9. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada;
10. Suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido à condição clínica surgida naquele momento;
11. Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.

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 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 formulado de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cirurgia para Correção da Curvatura Peniana 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 aconselhar-lhe, 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. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão por ele tomadas livremente.