

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PENECTOMIA PARCIAL OU TOTAL OU EMASCULAÇÃO

HOSPITAL / CLÍNICA: _____ Processo: _____

NOME DO MÉDICO: _____ Cédula Profissional: _____

DADOS DO DOENTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em : _____

DADOS DO REPRESENTANTE

Sr. / Sra.: _____

B.I. N.º: _____

Residente em: _____

Na Qualidade de: _____

- 1.- Através deste procedimento pretende-se a excisão do pénis doente e a resolução dos sintomas provocados pelo mesmo.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

- 2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia, de cujos riscos serei informado pelo serviço de Anestesiologia.

- 3.- Através desta técnica, procede-se à excisão parcial ou total do pénis ou, para além do pénis, a excisão do escroto e dos testículos, estando indicada em casos de tumores do pénis ou lesões que destroem o órgão.

O médico informou-me que estas intervenções podem ser levadas a cabo sob anestesia regional ou geral, em função das minhas condições ou das minhas preferências e que pode acompanhar-se de linfadenectomia.

A incisão realiza-se na pele do pénis ou peno-escrotal (no caso da penectomia total ou emasculação). Neste caso, é necessário fazer desembocar a uretra no períneo e, na penectomia parcial, no côto residual do pénis.

O médico informou-me que o pós-operatório é relativamente curto, se não surgirem complicações no controlo ambulatorio posterior, podendo ser retirada a sonda antes da cicatrização completa da uretra.

- 4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir a extirpação total do pénis; persistência total ou parcial da sintomatologia prévia; sendo muito pouco frequente, pode ocorrer um quadro de hemorragia incoercível, tanto durante o acto cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências são muito diversas, dependendo do tipo de tratamento que seja necessário efectuar; complicações da ferida cirúrgica (infecção nos seus diversos graus de gravidade, deiscência da sutura - abertura da ferida -, que pode exigir uma intervenção secundária, fístulas permanentes ou temporárias e defeitos estéticos originados por alguma das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos; intolerância aos materiais de sutura, que pode exigir reintervenção para a sua extracção; nevralgias, hiperestesia -aumento da sensibilidade - ou hipoestesia-diminuição da sensibilidade); estenose do novo meato; necessidade de urinar sentado, no caso de um côto pequeno ou desembocadura uretral perineal; tromboembolismos venosos profundos ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do processo; hemorragias digestivas, que são pouco frequentes mas que podem existir, ainda que se tomem medidas profiláticas, cuja gravidade depende da sua intensidade; complicações da linfadenectomia

(lesão vascular, lesão nervosa, lesão do ureter e/ou bexiga, linfocele, linfedema da perna, linforreia de duração imprevisível, nevralgias, essencialmente).

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) _____

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

6.- O médico explicou-me que, no caso de um tumor de pequenas dimensões, as alternativas são a cirurgia conservadora, radioterapia, braquiterapia ou laserterapia, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a penectomia parcial ou total, ou emasculação.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

CONSINTO e AUTORIZO

Que me seja realizada PENECTOMIA PARCIAL OU TOTAL OU EMASCULAÇÃO

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____