

## DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ANGULAÇÃO DO PÊNIS

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 corrigir a angulação do pénis e melhorar a capacidade para ter relações sexuais.

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 ao tratamento cirúrgico da angulação / encurvamento do pénis, que pode apresentar um quadro de angulação congénita ou um quadro que se desenvolve na fase adulta (doença de Peyronie) e origina encurvamento durante a erecção e dificultando ou impossibilitando ter relações sexuais satisfatórias.

O tratamento da angulação congénita é exclusivamente cirúrgico. O tratamento da angulação do adulto pode ser levado a cabo com comprimidos, com injeções no pénis, ambos de escassos resultados, ou por meio de cirurgia, com anestesia loco/regional ou geral, através da qual se colocam pontos de sutura no lado contrário ao da angulação, ou um enxerto de outro tecido no mesmo lado da angulação. A técnica a escolher depende de cada caso.

O médico informou-me de que, depois da intervenção, irei notar um discreto encurtamento do pénis e serão palpáveis os pontos de sutura.

- 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: persistência da queixas no pénis, nevralgias; hiperestesia (aumento da sensibilidade) ou hipoestesia (diminuição da sensibilidade); tumefacção ou necrose do prepúcio (pele que cobre a glande); diminuição da capacidade para manter a erecção; erecção prolongada após a cirurgia, que exija tratamento invasivo; infecção da ferida que possa originar defeitos estéticos.

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, *pacemakers*, 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 outras alternativas, tais como o tratamento com vitamina E, tamoxifeno, anti-inflamatórios por via oral, estão praticamente abandonados devido à sua falta de eficácia. É também possível o tratamento com injeções na placa fibrosa do pénis, quando existir dor, mas que, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada é a cirurgia.

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 CIRURGIA DE ANGULAÇÃO DO PÉNIS**

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

O doente: \_\_\_\_\_

Representante legal ou familiar: \_\_\_\_\_

O médico: \_\_\_\_\_