

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE DE 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 restaurar uma erecção capaz de devolver uma relação psico-sexualmente satisfatória.

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

- 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, trata-se a disfunção eréctil ou impotência, o que pode conseguir-se por várias formas, dependendo da causa que a origina, e das quais fui informado, tendo decidido, de acordo com as minhas preferências e os critérios médicos expostos, a colocação de uma prótese de pénis.

As próteses de pénis são cilindros semi-rígidos ou insufláveis, de diferentes dimensões, de material biocompatível e portanto habitualmente bem tolerados. São colocados no interior dos corpos cavernosos, por meio de uma intervenção de gravidade moderada. Para se alcançarem os corpos cavernosos, realiza-se uma incisão no pénis, no escroto ou na região perineal ou púbica.

Esta prótese produz uma rigidez do pénis de forma permanente ou ocasional, dependendo do tipo de prótese, apropriada para realizar o coito.

Não altera a sensibilidade do pénis, nem recupera a ejaculação nem o orgasmo, se estes previamente estiverem ausentes. Por outro lado, não altera estas funções, quando são normais. Também não origina alterações na glândula, excepto se existirem complicações.

O médico informou-me que a implantação se realiza habitualmente sob anestesia loco-regional ou geral e o pós-operatório é habitualmente curto.

- 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 uma erecção satisfatória; mau funcionamento de algum dos componentes da prótese, que pode obrigar a nova intervenção cirúrgica para revisão, substituição ou retirada; pode também provocar perfuração da albugínea distal; perfuração da uretra; retirada da prótese, por um processo infeccioso ou intolerância; complicações da ferida cirúrgica (infecção com diversas gravidades, deiscência da sutura –abertura–, fístulas permanentes ou temporárias, defeitos estéticos derivados de algumas das complicações anteriores ou processos cicatriciais anómalos, intolerância aos materiais de sutura, que pode até chegar à necessidade de reintervenção para a sua extracção; nevralgias, hiperestesia –aumento da sensibilidade– ou hipoestesia –diminuição da sensibilidade–); tromboembolismos venosos profundos ou pulmonares, cuja gravidade depende da intensidade do quadro; hemorragias digestivas, que são

pouco frequentes, mas que podem existir, ainda que se tomem medidas profiláticas e cuja gravidade depende da sua intensidade.

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 as alternativas são as terapêuticas medicamentosas, as injeções intracavernosas e as próteses de vácuo, mas que, no meu caso, a opção terapêutica mais indicada é a implantação de prótese no pénis.

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 IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESE NO PÉNIS

Local: _____ Data: ____/____/____

O doente: _____

Representante legal ou familiar: _____

O médico: _____