

Definição: Consiste em uma técnica cirúrgica minimamente invasiva (causando assim menor sangramento), onde o cirurgião, através de pequenas perfurações na área a ser operada, introduz uma câmera e instrumentos específicos ligados aos braços de um robô. O cirurgião controla remotamente o robô, que além de fornecer a visualização ampliada, tridimensional e em alta definição da região a ser operada; executa os movimentos comandados pelo cirurgião de forma precisa, ágil e sem tremores.

Declaro que:

1. Recebi informação que a prostatectomia é indicada para o tratamento de pacientes com câncer de próstata localizado, ou seja, quando a doença está confinada na próstata dentro dos limites da cápsula prostática.
2. Recebi informação que há possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem evidência de disseminação do câncer.
3. Recebi esclarecimento que pode haver a necessidade de conversão para cirurgia aberta devido impossibilidade de acesso a cavidade e ou aderências de procedimentos cirúrgicos anteriores que dificultem a visualização e movimentos das pinças do robô.
4. Estou ciente que existe a possibilidade de incapacidade de obter ou manter ereção peniana, provocando impotência sexual.
5. Estou ciente que existe a possibilidade de incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações), e estreitamento da bexiga ou da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Recebi informação que há possibilidade de dano à parede do reto, podendo raramente requerer colostomia temporária.
7. Estou plenamente ciente que não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo assim haver a necessidade de tratamento no futuro.
8. Recebi informação que há possibilidade de infecção da incisão cirúrgica com necessidade de tratamento adicional; e também formação de cicatrizes com queloides (cicatriz hipertrófica grosseira).
9. Recebi esclarecimento que há possibilidade de confusão mental TEMPORÁRIA devido a edema cerebral causado pelo longo tempo de posicionamento cirúrgico, havendo possibilidade de formigamento, perda de sensibilidade ou lesões da pele (lesão por pressão e síndrome compartimental).
10. Recebi informação que existe a possibilidade de ocorrer trombose venosa profunda (TVP), que consiste na obstrução do fluxo de sangue por coágulo formado devido ao longo período em que o paciente fica imóvel sob o efeito anestésico, durante a cirurgia. Este coágulo pode se desprender e se movimentar pela corrente sanguínea, atingindo órgãos vitais levando a risco de lesões graves.
11. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.
12. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

13. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização de prostatectomia radical com ou sem linfadenectomia pélvica assistida roboticamente. Afirmando ainda que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: _____, ____/____/_____

Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal

Nome legível: _____ Assinatura: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Grau de Parentesco ou vínculo: _____

(obrigatório nos casos de representação):

Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura e carimbo do Médico

Testemunhas:

Nome legível: _____ Nome legível: _____

CPF: _____ CPF: _____

Assinatura: _____ Assinatura: _____

Revogação: _____, ____/____/20____, às ____ horas e ____ minutos.

Paciente ou Representante Legal