

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: ORQUIECTOMIA BILATERAL

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou o seu assistente _____ CRM N° _____ a retirarem meus dois testículos (orquiectomia bilateral) como forma de tratamento do CÂNCER DA PRÓSTATA. O Objetivo é a redução dos níveis dos hormônios masculinos.

II – Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me explicados e são os seguintes:

- Não há garantia de que o câncer responderá à redução do hormônio.
- Podem ser necessárias outras formas de tratamento para o câncer de próstata ou suas complicações.
- Pode ocorrer sangramento com formação de hematoma escrotal ou edema (inchaço).
- Infecção escrotal com formação de abscesso.
- Possível infecção da incisão requerendo tratamento futuro.

III – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: injeções de medicamentos para bloquear a produção de gonadotrofinas (análogos LH/RH), uso de hormônio feminino ou de medicações para bloquear o efeito do hormônio masculino. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a orquiectomia bilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

IV - Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

V – Certifico que este formulário me foi explicado, que li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi seu conteúdo.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015