

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: CIRURGIA DE PEYRONIE

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou os seus assistentes _____ CRM N° _____ a realizarem a cirurgia para cura da Doença de Peironye como forma de tratamento da Doença de Peironye (curvatura acentuada do pênis dificultando a penetração). Estou ciente que após a cirurgia haverá diminuição do tamanho do meu pênis.

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

- **Pode ocorrer sangramento com formação de hematoma peniano ou edema (inchaço).**
- **Pode ser observada, em alguns casos, dor peniana crônica.**
- **Possível infecção da incisão, requerendo tratamento futuro.**
- **A recidiva da curvatura, necessitando nova intervenção ou uso de prótese peniana.**
- **Perda de sensibilidade do pênis, que pode ser transitória ou definitiva.**
- **Embora rara, a impotência sexual.**

III – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: uso medicação como POTABA, vitamina E e Tamoxifeno. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a cirurgia para cura da Doença de Peironye 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 e que li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi seu conteúdo.

Apesar de seu médico pode dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

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

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

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

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

- () 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