

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### FRENULOPLASTIA (CORTE DO FREIO)

Situação clínica:

### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

A frenuloplastia é uma intervenção cirúrgica simples no pénis que consiste no corte do freio que liga o prepúcio à glande (prega de pele que se localiza na parte inferior/central da glande). A reconstrução ou re-sutura é feita com fio absorvível. Este procedimento é geralmente realizado sob anestesia local.

### Benefícios:

O freio curto está geralmente associado a desconforto ou dor peniana. Está relacionado com desconforto durante o acto sexual ou masturbação, podendo romper durante os mesmo (causando hemorragia e dor). Quando esta pele é demasiado curta, pode causar uma curvatura do pénis e provocar dor na altura da erecção.

Os benefícios deste procedimento cirúrgico consistem na resolução ou evicção das condições descritas acima.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Hemorragia
- Infecção local com necessidade de antibiótico
- Perda da sensibilidade da glande
- Alterações cutâneas - laceração da pele peniana, formação de queleide, aderências ou marcas na pele
- Insatisfação estética
- Necessidade de circuncisão

### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Circuncisão - é um procedimento cirúrgico que consiste em remover total ou parcialmente a pele que recobre a glande (extremidade do pénis)

Vigilância

### Riscos do não tratamento:

Manutenção de desconforto ou dor peniana na erecção ou ato sexual. Curvatura peniana. Ruptura do freio com hemorragia e dor.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**Parte declarativa do profissional**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Contato institucional do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

**Parte declarativa da pessoa que consente:**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### FRENULOPLASTIA (CORTE DO FREIO)

Situação clínica:

### Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

A frenuloplastia é uma intervenção cirúrgica simples no pénis que consiste no corte do freio que liga o prepúcio à glande (prega de pele que se localiza na parte inferior/central da glande). A reconstrução ou re-sutura é feita com fio absorvível. Este procedimento é geralmente realizado sob anestesia local.

### Benefícios:

O freio curto está geralmente associado a desconforto ou dor peniana. Está relacionado com desconforto durante o acto sexual ou masturbação, podendo romper durante os mesmo (causando hemorragia e dor). Quando esta pele é demasiado curta, pode causar uma curvatura do pénis e provocar dor na altura da erecção.

Os benefícios deste procedimento cirúrgico consistem na resolução ou evicção das condições descritas acima.

### Complicações relacionadas com o procedimento:

- Hemorragia
- Infecção local com necessidade de antibiótico
- Perda da sensibilidade da glande
- Alterações cutâneas - laceração da pele peniana, formação de queleide, aderências ou marcas na pele
- Insatisfação estética
- Necessidade de circuncisão

### Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Circuncisão - é um procedimento cirúrgico que consiste em remover total ou parcialmente a pele que recobre a glande (extremidade do pénis)

Vigilância

### Riscos do não tratamento:

Manutenção de desconforto ou dor peniana na erecção ou ato sexual. Curvatura peniana. Ruptura do freio com hemorragia e dor.

**Serviço de Urologia e Transplantação Renal**

**Director: Prof. Arnaldo Figueiredo**

**Parte declarativa do profissional**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): \_\_\_\_\_

Unidade de saúde: \_\_\_\_\_ Contato institucional do profissional de saúde: \_\_\_\_\_

**À Pessoa/representante**

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

**Parte declarativa da pessoa que consente:**

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE** (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: \_\_\_\_\_

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº \_\_\_\_\_ DATA OU VALIDADE \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.**