

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CIRURGIA DE CORREÇÃO DE ANGULAÇÃO
DO PÊNIS – CIRURGIA DE NESBIT

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Através desta técnica, procede-se ao tratamento cirúrgico da corda ou placa (congénita ou adquirida – doença de La Peyronie) que origina encurvamento durante a ereção e dificulta ou impossibilita ter relações sexuais satisfatórias. O tratamento proposto baseia-se na aplicação de pontos de sutura no lado contrário ao da angulação para corrigir a curvatura. O utente poderá notar um discreto encurtamento do pénis e serão palpáveis os pontos de sutura.

Benefícios:

Redução da curvatura peniana, permitindo assim a penetração sem dor devido a esta.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comuns:

- Persistência de queixas de curvatura no pénis;
- Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia;
- Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pénis;
- Diminuição da capacidade para manter uma ereção;
- Ereção prolongada após a cirurgia, que exija tratamento invasivo;
- Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina;
- Presença de edema e/ou hematomas do pénis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
- Infeção da ferida que possa originar defeitos estéticos

Raras:

- Dor ou desconforto no pénis requerendo medicamentos analgésicos;
- Nevralgias, hiperestesia (aumento da sensibilidade) ou hipoestesia (diminuição da sensibilidade);
- Tumefação ou necrose do prepúcio (pele que cobre a glande);
- Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como, por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, necessitando de correção cirúrgica no futuro;
- Infeção loco-regional severa (gangrena de Fournier), com risco vital e cujo tratamento requer desbridamentos cirúrgicos com defeito estético severo

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

O tratamento com vitamina E, tamoxifeno, anti-inflamatórios por via oral estão praticamente abandonados devido à sua falta de eficácia. O tratamento com injeção na placa fibrosa do pénis foi contra-indicado.

Riscos do não tratamento:

Agravamento da curvatura peniana, disfunção erétil, impossibilidade de ter relações sexuais.

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 assinie 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.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

**CIRURGIA DE CORREÇÃO DE ANGULAÇÃO
DO PÊNIS – CIRURGIA DE NESBIT**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Através desta técnica, procede-se ao tratamento cirúrgico da corda ou placa (congénita ou adquirida – doença de La Peyronie) que origina encurvamento durante a ereção e dificulta ou impossibilita ter relações sexuais satisfatórias. O tratamento proposto baseia-se na aplicação de pontos de sutura no lado contrário ao da angulação para corrigir a curvatura. O utente poderá notar um discreto encurtamento do pénis e serão palpáveis os pontos de sutura.

Benefícios:

Redução da curvatura peniana, permitindo assim a penetração sem dor devido a esta.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comuns:

- Persistência de queixas de curvatura no pénis;
- Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia;
- Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pénis;
- Diminuição da capacidade para manter uma ereção;
- Ereção prolongada após a cirurgia, que exija tratamento invasivo;
- Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina;
- Presença de edema e/ou hematomas do pénis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico;
- Infeção da ferida que possa originar defeitos estéticos

Raras:

- Dor ou desconforto no pénis requerendo medicamentos analgésicos;
- Nevralgias, hiperestesia (aumento da sensibilidade) ou hipoestesia (diminuição da sensibilidade);
- Tumefação ou necrose do prepúcio (pele que cobre a glândula);
- Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como, por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, necessitando de correção cirúrgica no futuro;
- Infeção loco-regional severa (gangrena de Fournier), com risco vital e cujo tratamento requer desbridamentos cirúrgicos com defeito estético severo

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

O tratamento com vitamina E, tamoxifeno, anti-inflamatórios por via oral estão praticamente abandonados devido à sua falta de eficácia. O tratamento com injeção na placa fibrosa do pénis foi contra-indicado.

Riscos do não tratamento:

Agravamento da curvatura peniana, disfunção erétil, impossibilidade de ter relações sexuais.

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 assinie 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.