

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.028			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Ressecção Transuretral da Próstata			

Por este instrumento particular o (a) paciente _____, nascido em ____/____/____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao médico assistente, Md _____ inscrito no CRM-RS sob o N° _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado " _____ " por CID-10 _____ e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

DEFINIÇÃO: Ressecção transuretral da próstata (RTU da próstata) é o procedimento cirúrgico realizado por via endoscópica, através da uretra, com a finalidade de remover parte da próstata aumentada que esteja causando obstrução urinária, sem necessidade de incisões externas.

Como consequência desta operação o paciente deverá permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana.

INDICAÇÃO: procedimento indicado principalmente nos casos de hiperplasia prostática benigna (HPB) com sintomas urinários importantes, retenção urinária, infecções urinárias recorrentes, sangramento urinário, cálculos vesicais, comprometimento da função renal ou falha do tratamento clínico.

COMPLICAÇÕES:

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
6. Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
8. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
9. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
10. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
13. Ejaculação retrógrada (ejacular para dentro da bexiga).
14. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula);
 - Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia;
 - Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento;
 - Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia; Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada;

INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- 🕒 Cirurgias limpas: até 4%

QUALIDADE		Código do Formulário QLD.FOR.037	
TERMO DE CONSENTIMENTO			
Código: CC.TCLE.028			
Data Revisão Atual: 08/05/2026		Data do Vencimento: 08/05/2028	
Nome: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Ressecção Transuretral da Próstata			



⌚ Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%

⌚ Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo com a adoção de todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e de sua equipe quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura garantia de cura e de que a evolução da doença e do tratamento pode exigir a modificação das condutas inicialmente propostas. Autoriza, desde já, o médico a adotar as providências necessárias para a solução dos problemas eventualmente surgidos, inclusive a realização de transfusão de sangue e hemoderivados (como concentrado de hemácias, plasma fresco, concentrado de plaquetas e concentrado de fatores de coagulação), conforme sua avaliação clínica.

Declara estar ciente e de acordo que o material retirado pelo médico responsável pelas condutas em meu atendimento, obtido por qualquer método (biópsia, punção aspirativa, cirurgia ambulatorial ou em centro cirúrgico, esfregaços e/ou todo material destinado ao estudo anatomopatológico) deverá ser submetido a exame anatomopatológico. Este exame consiste na avaliação dos tecidos e células a fim de elucidar o diagnóstico médico. Desta forma:

() Concedo e autorizo o encaminhamento da amostra para exame em laboratório especializado.

() Não concedo e não autorizo o encaminhamento da amostra para exame. Relato estar ciente que a amostra coletada será descartada, podendo desta forma comprometer com o diagnóstico médico, bem como impedir o tratamento precoce em caso de constatação de alguma anomalia.

Que fica sob sua responsabilidade, buscar o resultado do exame, junto ao seu médico e/ou na Secretaria Municipal de Saúde de seu município (se atendido SUS).

Declara estar ciente de que os dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme Lei Geral de Proteção de dados (Lei nº 13.709/2018), exclusivamente para fins assistenciais, administrativos e legais relacionados ao atendimento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns **RISCOS E COMPLICAÇÕES** deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Veranópolis (RS) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável
RG: _____
CPF: _____

Md.: _____
CRM: _____

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.