

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA BIÓPSIA PROSTÁTICA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma biópsia prostática (procedimento necessário para a investigação do câncer da próstata). Antes do procedimento foi me explicado sobre a necessidade da realização da biópsia porque o meu PSA estava elevado ou porque havia nódulo duro na minha próstata, detectado durante o toque retal. Também os médicos me esclareceram sobre o procedimento. Disseram que ele é feito sob anestesia de sedação (anestesia mais leve) e que é realizado através do reto, onde é introduzida uma sonda de ultra-sonografia contendo uma agulha. A ultra-sonografia serve para orientar o médico no momento de retirar os fragmentos da próstata (biópsia) com a agulha. Estes fragmentos retirados das partes da próstata são encaminhados para o laboratório onde serão estudados no microscópio, exatamente para procurar saber se trata de câncer da próstata ou se é benigno. Fui esclarecido também que o procedimento de biópsias não é livre de complicações. Podem ocorrer sangramentos no reto, na urina ou na ejaculação, dor no local da biópsia, ou infecção (com febre). De qualquer maneira, fiquei certo de que se precisar posso entrar em contato com meu médico ou sua equipe a qualquer momento depois da biópsia. Fiquei sabendo que depois do procedimento devo ir repousar em minha casa. Posso retornar ao meu trabalho no dia seguinte, caso não ocorra problemas. Não posso me esquecer de que depois de receber o resultado da biópsia devo levá-lo ao meu médico para, dependendo do resultado, ele adotar o tratamento correto para o meu caso. Diante do exposto, eu _____, com _____ filhos, RG _____, idade _____ anos, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido à biópsia prostática por minha livre e espontânea vontade. _____ de _____ de _____.
Hora: _____

Assinatura do paciente

Nome: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Certifico que este documento me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.