



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/MF.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

POSTECTOMIA

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de POSTECTOMIA ao qual serei submetido(a), declarando ainda, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM sob o n.º _____ a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:

A postectomia é um procedimento cirúrgico que envolve a remoção do prepúcio, a pele que cobre a glândula do pênis. Geralmente é realizada para tratar casos de fimose, em que o prepúcio é muito apertado e não pode ser retratado adequadamente. Durante a cirurgia, o prepúcio é removido e os pontos são colocados para fechar a incisão. A recuperação costuma ser relativamente rápida, com cuidados pós-operatórios adequados.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Deiscência dos pontos da sutura /
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico /
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula /
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos /
5. Edema, hematoma ou linfedema /
6. Necrose da pele e/ou da glândula /



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Eptácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira) /

8. Sangramento com necessidade de transfusão.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos.

DESCRIÇÃO ANESTÉSICA: Vide termo próprio (TCLE – ANESTESIA E SEDAÇÃO) DECLARO AINDA QUE:

1) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.

2) Autorizo a realização exames complementares e biópsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.

3) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.

4) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao



Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação pré-operatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Sertãozinho, _____de _____de _____

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO ASSISTENTE:

() Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de emergência. Por ser verdade:

ASSINATURA DO MÉDICO (ASSISTENTE)

NOME DO MÉDICO:

_____ CRM: _____

ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO:

_____ CRM: _____