

**ANEXO III**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Senhor,

Os dados abaixo visam orientá-lo, fornecendo-lhe informações importantes sobre o procedimento terapêutico indicado pelo seu médico e os possíveis riscos associados a estes procedimentos.

<b>DECLARAÇÃO DO PACIENTE</b>
-------------------------------

Eu, .....; portador da cédula de identidade n°....., ou meu representante legal, ..... portador(a) da cédula de identidade n° ..... declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que tomei conhecimento de que sou portador da enfermidade HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. Após a avaliação e investigação diagnóstica pelos médicos

....., fui informado sobre as possíveis opções de tratamento (medicamentoso e cirúrgico) dos sintomas em decorrência da minha enfermidade. De acordo com os médicos acima, de minha escolha, as medidas terapêuticas menos invasivas foram adotadas anteriormente a esta proposta de tratamento cirúrgico que estou escolhendo.

Fui igualmente informado de que, a exemplo de quaisquer outros procedimentos médicos, o procedimento/intervenção proposto (EMBOLIZAÇÃO DAS ARTÉRIAS DA PRÓSTATA) não é isento de riscos ou agravos à minha saúde, dentre os quais foram destacados: hematoma inguinal com ou sem necessidade de cirurgia; trombose da artéria femoral (entupimento da artéria da virilha); ardor ou queimação na região da próstata e/ou pênis; febre; mal-estar; sangramento uretral ou retal; ejaculação com sangue e/ou

diminuição do volume ejaculatório; necrose da bexiga (falta de sangue na bexiga); impotência sexual; fístula véscico-retal (comunicação da bexiga com o reto, com saída de urina pelo ânus); necrose da uretra prostática (falta de sangue para o canal da urina); abdome agudo (dor na barriga com possibilidade de ter que ser operado); abscesso prostático (formação de pus/infecção na região da próstata com possibilidade de ser operado); sepse (quadro de infecção generalizada com risco de morte).

Estou ciente que durante o procedimento podem surgir complicações de diferentes naturezas a exemplo de sangramentos, processos alérgicos de intensidade variável e outras, que podem requerer procedimentos adicionais, como nova cirurgia ou transfusões sanguíneas, visando o sucesso do meu tratamento.

Havendo necessidade de transfusões sanguíneas, estou ciente que existem enfermidades que podem ser transmitidas por este meio, embora todas as medidas para impedir esta transmissão sejam rotineiramente adotadas pelos serviços de hemoterapia.

Fui informado que este formulário não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento. Também fui informado que os médicos responsáveis poderão responder às minhas dúvidas quando necessário.

Sou igualmente sabedor que, apesar do empenho do meu médico, não existe garantia

absoluta no resultado desta cirurgia com relação à cura da minha doença.

---

Data

---

Assinatura do Paciente

---

Assinatura do Representante Legal

---

Nome completo do médico