

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA POSTECTOMIA

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

A postectomia, também denominada circuncisão, é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total do prepúcio, pele que recobre a glande do pênis. Esse procedimento é indicado principalmente nos casos de fimose, caracterizada pela dificuldade ou impossibilidade de exposição da glande; parafimose, situação em que o prepúcio retraído provoca estrangulamento da glande; infecções recorrentes, como balanites e infecções do trato urinário; bem como na presença de lesões, inflamações crônicas ou outras alterações do prepúcio.

A cirurgia tem como finalidade corrigir alterações anatômicas ou funcionais do prepúcio, facilitar a adequada higiene íntima, reduzir o risco de infecções locais e urinárias, aliviar desconfortos, dor ou dificuldade funcional, além de prevenir possíveis complicações decorrentes das condições anteriormente descritas.

O procedimento é realizado sob anestesia local, regional ou geral, conforme avaliação da equipe médica e anestésica. A técnica consiste, geralmente, na realização de frenuloplastia quando indicada, seguida da retirada parcial ou total do prepúcio e sutura local. Após a cirurgia, o paciente receberá orientações detalhadas quanto aos cuidados pós-operatórios, uso de curativos, medicações prescritas e restrições temporárias de atividades.

Fui informado(a) de que, em alguns casos selecionados, especialmente de fimose leve, pode ser tentado tratamento clínico com uso de pomadas tópicas ou dilatações. No entanto, quando essas medidas não são eficazes ou quando existem complicações, a postectomia é considerada o tratamento definitivo e mais adequado.

Os benefícios esperados do procedimento incluem a resolução definitiva da condição que motivou a indicação cirúrgica, melhora da higiene local, redução da ocorrência de infecções, alívio de sintomas como dor ou desconforto, melhora funcional e prevenção de complicações futuras associadas às alterações do prepúcio.

Fui devidamente informado(a) de que, como todo procedimento cirúrgico, a postectomia envolve riscos, ainda que geralmente baixos. Entre eles estão dor, inchaço, hematoma e sangramento no local operado, infecção da ferida cirúrgica, reações adversas à anestesia, alterações estéticas ou insatisfação com o resultado, abertura dos pontos (deiscência), estreitamento ou excesso de pele residual, podendo haver necessidade de nova intervenção cirúrgica. Raramente, podem ocorrer lesões da glande ou do meato uretral. Complicações graves são incomuns, mas possíveis.

Declaro que recebi todas as informações de forma clara, adequada e compreensível sobre meu diagnóstico, a indicação do procedimento cirúrgico proposto, seus benefícios, riscos e alternativas terapêuticas. Declaro ainda que tive oportunidade de fazer perguntas, as quais foram devidamente esclarecidas.

Assim, autorizo e concordo em me submeter à Postectomia (Circuncisão), permitindo que a equipe médica realize todas as condutas necessárias, inclusive procedimentos adicionais indispensáveis para a preservação da minha saúde e segurança.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal

Assinatura do Médico

