

## TERMO DE CONSENTIMENTO

### ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER PENIANO SOB EREÇÃO FÁRMACO-INDUZIDA



#### Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| NOME MÉDICO                      | CRM               |
| NOME PACIENTE                    |                   |
| IDADE PACIENTE                   | DATA PROCEDIMENTO |
| QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE |                   |
| OBSERVAÇÕES                      |                   |

O procedimento de **Ultrassonografia com Doppler** me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

1. O ultrassom peniano com doppler é um exame que se dá após a estimulação farmacológica e, para isso, é necessário a aplicação peniana de medicamentos a fim de estimular ereção. A aplicação de fármacos será feita com agulha e seringa de insulina, na dosagem suficiente para que promova ereção. Após a obtenção da ereção, será realizada a ultrassonografia Dopplerfluxométrica no pênis, com objetivo de identificar e caracterizar o fluxo arterial e venoso do pênis.
2. O exame tem duração média de uma hora. Como consequência deste procedimento, tem-se possibilidade de desconforto durante a realização do estudo.
3. O procedimento é invasivo e, portanto, não é isento de riscos ou complicações durante ou depois do procedimento.

#### 4. FOI-ME EXPLICADO QUE O PROCEDIMENTO PODERÁ OCASIONAR:

- 4.1 > ereção prolongada (priapismo), com a necessidade de reversão da ereção. Em caso de ereção persistente (>1hora), será aplicado medicamento adequado, também na região peniana, de forma idêntica ao procedimento inicial;
- 4.2 > dor no local da aplicação;
- 4.3 > infecção e hematoma local;
- 4.4 > fibrose peniana;
- 4.5 > hipertensão, cefaleia, diminuição da frequência cardíaca, taquicardia e arritmias cardíacas.

## 5. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 5.1 nos casos em que a medicação para reversão de ereção não se efetive, será necessário a realização de drenagem venosa para a detumescência peniana;
- 5.2 para o efetivo diagnóstico de disfunção erétil são necessários outros exames, o que não descarta a possibilidade de repetir o exame de ultrassonografia futuramente;
- 5.3 mesmo após a estimulação fármaco-induzida, a ereção pode não ocorrer.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

## 6. ESTOU CIENTE QUE:

- 6.1. complicações graves são raras, no entanto, podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição do procedimento ou, muito raramente, levar a óbito;
- 6.2. qualquer aspecto deste consentimento informado que, por acaso, eu não tenha entendido pode ser explicado em maiores detalhes, se questionado, por meu médico e seus associados;
- 6.3. o medicamento utilizado para a ereção são a Prostaglandina E1: 10mcg/ml, Fentolamina: 1mg/ml e Papaverina: 30mg/ml. Suas doses exatas serão anotadas em laudo;
- 6.4. o medicamento utilizado para reversão da ereção, caso necessário, é Etilefrina 10mg, o qual terá dosagem exata utilizada também anotada em laudo.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente



## SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário médico e discussão do caso clínico com outros colegas médicos. Fica explícito ainda, que o compartilhamento de imagens, tratamento de dados e outros, se dará somente entre a equipe multidisciplinar e médico assistente deste procedimento.

**Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.**

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_  
acordo do paciente

**Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo,** concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

**Importante:** em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Dr.(a):  
CRM:

\_\_\_\_\_  
Dr.(a):  
CRM: