

Eu, _____,
autorizo o Dr. _____, e/ou
os seus assistentes a realizar uma PIELOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL. Como resultado desta operação poderei ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Hérnia incisional na região da cirurgia;
3. Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico;
6. Estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos;
7. Necessidade de colocar sonda de “nefrostomia”;
8. O aspecto de “rim dilatado” aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação à respeito disto após 06 meses da data da operação;
9. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia;
10. Possibilidade de enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele);
11. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma;
12. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada;
13. Possibilidade de embolia gasosa ainda que extremamente rara (gás dentro dos vasos sanguíneos);
14. Possibilidade de traumas vasculares intra-abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório;
15. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção;
16. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento;
17. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento;
18. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações;
19. Pode haver necessidade de utilização de algum tipo de diálise no futuro no caso de ser rim único o rim operado.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos

anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a Anomalia da Junção Pieloureteral, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pieloplastia Vidolaparoscópica é a melhor indicação neste momento para o meu tratamento. No caso da cirurgia ser realizada em paciente menor de idade os pais ou tutores se responsabilizarão pela mesma estando cientes das explicações contidas acima, podendo assinar no local indicado.

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

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente Assinatura: _____

Responsável:

Nome: _____ Assinatura: _____

Grau de parentesco: _____ Documento de identidade: _____

Itajubá, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Testemunha: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

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.