

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DO REFLUXO VESICoureTERAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menoruma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE REFLUXO VESICoureTERAL como forma de tratamento do REFLUXO VESICoureTERAL e suas complicações. Como resultado desta operação meu filho(a) deverá permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Fístula ureteral com saída da urina pela incisão requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Não há garantia absoluta da cura do refluxo, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
7. Aparecimento de refluxo vesicoureteral contralateral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
8. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

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 do Refluxo Vesicoureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica do Refluxo Vesicoureteral é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho (a).

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.

Data ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o 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.