

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO)

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_ Atend: \_\_\_\_\_

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO) como forma de tratamento do cálculo das vias urinárias. A LECO é um procedimento terapêutico que não necessita de incisões e é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos das vias urinárias por meio de ondas mecânicas. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultra-sonografia.

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

1. Presença de sangue na urina após o procedimento.
2. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
3. Dor lombar ou cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou de coágulos de sangue.
4. Equimoses ou hematomas no local da aplicação.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por fragmentos do cálculo ou coágulos, podendo evoluir com infecção local, podendo ser necessária a eventual drenagem do rim por colocação de um cateter interno no ureter (duplo J) ou um cateter diretamente no rim (percutânea).
7. Possibilidade de haver quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).

Reconheço que durante o procedimento ou no período posterior, 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 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 necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento 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 neste procedimento, 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 a retirada endoscópica do cálculo ou cirurgia aberta poderia ser uma alternativa de tratamento do meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a LECO é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

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 Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

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.**