

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO com estenose da junção ureteropielíca.

A NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico chamado ureteroscópio geralmente flexível que é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A abertura da estenose da junção ureteropielíca pode ser realizada através de lâminas apropriadas e ou a laser.

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

1. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
2. Presença de sangue na urina após o tratamento.
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
4. Estenose e ou lesão do ureter.
5. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nefrostomia).
7. Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
8. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
9. Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
10. O aspecto de "rim dilatado" e retenção de contraste na junção pieloureteral não desaparecerão imediatamente após a cirurgia. Estes resultados serão observados após prazo longo (06 meses em média).
11. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:
  - Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
  - Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
  - Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
  - Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
  - Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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 necessitarem 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 a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA é a melhor indicação neste momento para 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.**