

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRATAMENTO DE TAMPONAMENTO VESICAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma **ASPIRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE COÁGULOS VESICAIS E PROVAVEL RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA** como forma de tratamento do **TAMPONAMENTO VESICAL**. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

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

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Embora raro, pode ocorrer incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
6. Possibilidade de diminuição ou até ausência de ejaculação
7. Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
9. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
10. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
11. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
12. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
13. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
14. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
 - 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.
15. Complicações cardio-respiratórias em decorrência do estado clínico do paciente

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a **ASPIRAÇÃO ENDOSCÓPICA DE COÁGULOS VESICAIS** 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): _____ **R.G:** _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ **R.G:** _____

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 seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.