

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar uma URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA (remoção de cálculo ureteral através de cirurgia ENDOSCÓPICA) como forma de tratamento do CÁLCULO URETERAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

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

1. Cólica renal requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
2. Necessidade de deixar um cateter ureteral interno (duplo J) que será retirado posteriormente por endoscopia.
3. Perfuração Ureteral
4. Possibilidade de saída de urina pela perfuração ureteral (levando a formação de fístula ou urinoma).
5. Possibilidade de infecção, requerendo tratamento.
6. Não há garantia da retirada total do(s) cálculo(s) necessitando de tratamento posterior.
7. Possibilidade de estreitamento do ureter como sequela da cirurgia.
8. Necessidade de nefrostomia percutânea.

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 o cálculo ureteral, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a ureterolitotripsia transureteroscópica 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: _____

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.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.