

## CISTOLITOTOMIA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTOMIA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO VESICAL.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e bexiga durante sete dias e um dreno cirúrgico para a saída de secreções e que será removido até quatro dias após a cirurgia.

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

- Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
- Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Caso seja necessária 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 as terapias alternativas para meu caso poderiam ser:

- Cistolitotripsia endoscópica ou Retirada endoscópica do cálculo.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cistolitotomia 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.

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.

---

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

---

MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

#### TESTEMUNHAS

---

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

---

NOME COMPLETO:

RG:

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).