

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor _____ uma PIELOPLASTIA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL como resultado desta operação meu filho(a) poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada.

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

- Deiscência dos pontos da sutura.
- Hérnia incisional na região da cirurgia.
- Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
- Estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos.
- Necessidade de colocar sonda de “nefrostomia”.
- O aspecto de “rim dilatado” aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação à respeito disto após 06 meses da data da operação.

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 existem outras alternativas para tratar a Anomalia da Junção Pieloureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pieloplastia é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

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

2ª via: Paciente

NOME COMPLETO:

RG:

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