

## URETROTOMIA INTERNA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma URETROTOMIA INTERNA como forma de tratamento para Estenose (estreitamento) da Uretra.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

- Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
- Dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
- Presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
- Possibilidade de infecção na uretra e na bexiga, necessitando de futuro tratamento.
- Possibilidade futura de novo estreitamento.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
- Possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.

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 os 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 Dilatação da Uretra com sondas especiais, às vezes periódicas e com resultados inferiores de sucesso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Uretrotomia Interna é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de Estenose da Uretra.

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).