

CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA como forma de tratamento da Incontinência Urinária.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação permanecerei com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

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

- Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
- Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
- Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome).
- Formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem (uretrólise).
- Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrólise).
- 6.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.
- Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
- Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
- Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.

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: tratamento com medicamentos que melhoram o controle da micção, injeções suburetrais com material sintético (teflon, colágeno), ou uso de Sling Sintético. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Incontinência Urinária pela técnica proposta 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

2ª via: Paciente

NOME COMPLETO:

RG:

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