

## CORREÇÃO CIRÚRGICA DO REFLUXO VESICoureTERAL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor \_\_\_\_\_ uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE REFLUXO VESICoureTERAL como forma de tratamento do REFLUXO VESICoureTERAL e suas complicações. Como resultado desta operação meu filho(a) deverá permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

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

- Deiscência dos pontos da sutura.
- Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
- Fístula ureteral com saída da urina pela incisão requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
- Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
- Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- Não há garantia absoluta da cura do refluxo, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
- Aparecimento de refluxo vesicoureteral contralateral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
- Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

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 do Refluxo Vesicoureteral, mas decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica do Refluxo Vesicoureteral 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 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).