



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORREÇÃO CIRÚRGICA URETEROCELE		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. DESCRIÇÃO CLARA DA INTERVENÇÃO PROPOSTA:

A ureterocele é uma dilatação cística congênita da porção terminal do ureter (o canal que conduz a urina do rim à bexiga), que se projeta para dentro da bexiga, podendo obstruir o fluxo urinário, causar refluxo vesicoureteral, infecções urinárias de repetição, hidronefrose (dilatação do rim), incontinência urinária e, em casos graves, comprometimento da função renal. A correção cirúrgica da ureterocele tem como objetivo descomprimir a dilatação cística, restaurar o fluxo urinário adequado, preservar a função renal e corrigir eventuais anomalias associadas (como duplicação ureteral ou refluxo). A técnica cirúrgica empregada dependerá do tipo de ureterocele (intravesical ou ectópica), da presença de duplicação do sistema coletor, do grau de refluxo vesicoureteral associado, da função renal do polo afetado e da idade do paciente, podendo ser realizada por via endoscópica (incisão transuretral), via aberta (cistotomia) ou por abordagem laparoscópica/robótica.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquianestesia, conforme avaliação do anesthesiologista. Entre as principais técnicas e etapas, destacam-se: ureterocistoscopia diagnóstica e terapêutica (exame com óptica introduzida pela uretra para visualização e tratamento da ureterocele); incisão endoscópica da ureterocele (punção ou incisão da lesão cística com eletrodo ou laser, técnica minimamente invasiva de primeira escolha para casos intravesicais); reimplante ureteral (reinserção cirúrgica do ureter na bexiga, com tunelização submucosa para criar mecanismo antirrefluxo, indicado em casos de refluxo associado ou falha da incisão endoscópica); excisão da ureterocele com reconstrução da parede vesical (remoção completa da lesão cística e fechamento da bexiga); ureteroureterostomia ou ureteropielostomia (anastomose entre ureteres duplicados ou entre ureter e pelve renal, preservando a função renal); instalação de sonda vesical de demora (cateter de Foley) e, quando necessário, cateter ureteral (duplo J) para garantir o escoamento urinário durante a cicatrização; uso de fios de sutura absorvíveis, eletrocautério monopolar e bipolar, e materiais de hemostasia. A escolha da técnica será definida intraoperatoriamente conforme os achados, podendo haver conversão de abordagem quando necessário.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS: BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Descompressão da ureterocele com restauração do fluxo urinário adequado; preservação da função renal do polo afetado; prevenção de infecções urinárias de repetição; correção do refluxo vesicoureteral associado; alívio dos sintomas obstrutivos e da dor; melhora da qualidade de vida e prevenção da progressão para insuficiência renal. RISCOS PREVISÍVEIS: além das complicações gerais (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, complicações anestésicas), destacam-se: deiscência dos pontos da sutura; hérnia incisional na região da cirurgia (em abordagens abertas); possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior; fístula urinária (comunicação anormal entre o trato urinário e a pele ou outros órgãos) podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico; estenose ureteral (estreitamento do canal que conduz a urina) requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos; estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos; falha da descompressão da ureterocele requerendo novo procedimento cirúrgico; aparecimento de refluxo vesicoureteral (retorno anormal da urina da bexiga para o rim) podendo requerer novo procedimento cirúrgico; aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência (vontade súbita e incontável de urinar) que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico; e necessidade de reintervenções cirúrgicas. Não há garantia absoluta de cura, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:

As alternativas ao tratamento cirúrgico incluem o acompanhamento clínico conservador com observação periódica (indicado apenas para ureteroceles pequenas, intravesicais, sem obstrução significativa, refluxo ou comprometimento renal), uso de antibioticoprofilaxia para prevenção de infecções urinárias, e tratamento medicamentoso sintomático. A opção de NÃO TRATAMENTO também deve ser considerada: a não realização da correção cirúrgica implica na manutenção ou progressão da obstrução urinária, com risco de hidronefrose progressiva, infecções urinárias de repetição, pielonefrite, formação de cálculos, deterioração progressiva da função renal, hipertensão arterial secundária e, em casos graves, insuficiência renal crônica terminal com necessidade de diálise ou transplante renal. O médico assistente deve discutir as alternativas e a relação risco/benefício de cada opção com o paciente e/ou responsável legal.

5. Fui informado(a) pelo médico de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu estado de saúde: _____

6. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

7. Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) para tentar curar, ou melhorar as supra citadas condições, poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas pelos exames acima referidos, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas;

8. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
 2. Hérnia incisional na região da cirurgia.
 3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
 4. Possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior.
 5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
 6. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
 7. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
 8. Falha da descompressão da ureteroceles requerendo novo procedimento cirúrgico.
 9. Aparecimento de refluxo vesicoureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
 10. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.
- E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

9. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico;

10. Estou ciente de que, para realização do(s) procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de órteses, próteses e materiais especiais e por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi(ram) exposto(s) no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a necessidade de cada evento;

11. Esta autorização é dada ao médico que me assiste bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outros(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de coparticipação;



12. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de minha assinatura. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas à equipe médica, as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações acerca das quais apresenta alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, tendo recebido da equipe médica a orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

13. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento / tratamento, mas apenas os mais frequentes. Contudo, fui amplamente esclarecido pelo médico assistente e sua equipe.

14. Consinto, portanto, ao médico assistente a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

15. Sei que possuo o pleno direito de revogar este consentimento a qualquer tempo antes do início do procedimento, sem que isso implique qualquer penalidade ao meu atendimento. Comprometo-me a expressar previamente negativas de forma expressa e irrevogável a atos, tratamentos ou condutas os quais opto por não autorizar.

16. Declaro ter sido devidamente informado(a) e compreender que a instituição atua como um hospital de ensino. Estou ciente e concordo que, em virtude dessa natureza institucional, meu atendimento poderá contar com a participação de médicos residentes, internos e outros profissionais de saúde em treinamento, os quais poderão realizar avaliações clínicas, prescrever tratamentos e atuar nos procedimentos indicados.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

Declaro que expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está(ão) em condições de compreender o que lhes foi informado.

PROFISSIONAL

Nome:

Número do Conselho Profissional/ES:

_____ às _____ de _____ de _____ de _____.
Local, hora, data

(1ª via: médico 2ª via: Paciente 3ª via: Prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*).