



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1 — A nefrectomia parcial por calculose é a remoção cirúrgica de apenas uma parte do rim (segmento renal) que contém cálculos (pedras) renais complexos, preservando o restante do órgão e sua função. Esta intervenção é indicada para cálculos renais complexos, coraliformes (que ocupam a pelve e os cálices renais), de grande volume, múltiplos, ou localizados em posições de difícil acesso, especialmente quando as técnicas minimamente invasivas, como a litotripsia extracorpórea, ureterorenoscopia ou nefrolitotripsia percutânea, não são eficazes ou são contraindicadas. O procedimento também pode ser indicado em casos de cálculo com infecção associada, perda de função do segmento comprometido ou associação com outras patologias renais. O objetivo principal é remover completamente os cálculos, eliminar a obstrução e a infecção, aliviar a dor e preservar ao máximo a função renal remanescente.

2 — PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:

O procedimento é realizado sob anestesia geral, com o paciente em posição de decúbito lateral (posição de flanco). As principais etapas e tecnologias envolvem o acesso cirúrgico, que pode ser por incisão lombar aberta ou abordagem laparoscópica/robótica conforme a técnica selecionada; o isolamento e controle do pedículo renal (artéria e veia renais) com pinças vasculares ou clamp de bulldog para controle temporário do fluxo sanguíneo e redução do sangramento; a identificação precisa do segmento renal comprometido com auxílio de ultrassonografia intraoperatória; a ressecção do segmento renal contendo os cálculos com bisturi frio ou eletrocautério; a remoção completa dos cálculos; a hemostasia cuidadosa do leito de ressecção com eletrocauterização bipolar, agentes hemostáticos locais (selantes de fibrina, matriz de gelatina) e suturas hemostáticas; o fechamento do sistema coletor renal com suturas absorvíveis; a colocação de cateter duplo J (stent ureteral) para garantir a drenagem urinária no pós-operatório; e o fechamento da incisão por planos. São utilizados equipamentos de vídeo-laparoscopia ou robótica, ultrassonografia intraoperatória, clamps vasculares, bisturi elétrico, agentes hemostáticos, fios de sutura absorvíveis, cateter duplo J, sonda vesical de demora e dreno de sucção (Penrose ou Jackson-Pratt).

3 — AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS: BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Remoção completa dos cálculos renais; eliminação da obstrução e da infecção urinária; alívio da dor lombar; preservação da função renal do segmento sadio remanescente; prevenção de complicações a longo prazo, como insuficiência renal, pielonefrite e sepse; e melhora da qualidade de vida. RISCOS PREVISÍVEIS: além das complicações gerais de qualquer cirurgia (sangramento, hematoma, infecção, complicações cardiovasculares e respiratórias, complicações anestésicas, trombose venosa profunda e embolia pulmonar), destacam-se: sangramento renal intra ou pós-operatório (podendo requerer transfusão sanguínea ou reintervenção); fístula urinária (extravasamento de urina pelo leito de ressecção, podendo requerer drenagem prolongada ou reintervenção); lesão de estruturas adjacentes (ureter, baco, fígado, intestino, grandes vasos); perda de função renal do segmento operado ou do rim; necessidade de conversão para nefrectomia total (remoção completa do rim) em caso de sangramento incontrolável ou complicação técnica; infecção urinária ou pielonefrite; retenção de fragmentos de cálculos (cálculos residuais); estenose (estreitamento) do ureter ou do infundíbulo; hérnia incisional; e necessidade de reintervenção. Não há garantia absoluta de resultados.

4 — ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:

As alternativas incluem a litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO); ureterorenoscopia flexível com laser; nefrolitotripsia percutânea (cirurgia percutânea para remoção de cálculos); tratamento clínico conservador com analgésicos e hidratação (para cálculos pequenos e assintomáticos); e acompanhamento periódico. A opção de NÃO TRATAMENTO também deve ser considerada: a não realização do procedimento implica na manutenção dos cálculos, com risco de



obstrução urinária recorrente, infecções de repetição, pielonefrite, deterioração progressiva da função renal, dor crônica e, em casos graves, evolução para insuficiência renal ou sepse. O médico assistente discutiu as alternativas e a relação risco/benefício de cada opção com o paciente.

5 — DIAGNÓSTICO E ESTADO DE SAÚDE:

6 — INFORMAÇÕES SOBRE RISCOS E BENEFÍCIOS:

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 — CIÊNCIA DE OUTRAS CONDIÇÕES:

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 — COMPLICAÇÕES E RISCOS ESPECÍFICOS:

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. Sangramento renal intra ou pós-operatório, podendo requerer transfusão sanguínea ou reintervenção cirúrgica. 2. Fístula urinária (extravasamento de urina), podendo requerer drenagem prolongada ou reintervenção. 3. Lesão de estruturas adjacentes (ureter, bazo, fígado, intestino, grandes vasos). 4. Perda de função renal do segmento operado ou do rim. 5. Necessidade de conversão para nefrectomia total (remoção completa do rim). 6. Infecção urinária ou pielonefrite. 7. Retenção de fragmentos de cálculos (cálculos residuais). 8. Estenose (estreitamento) do ureter ou do infundíbulo. 9. Hematoma ou seroma no local da cirurgia. 10. Hérnia incisional. 11. Necessidade de reintervenção cirúrgica. E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

9 — ANESTESIA:

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 — USO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS:

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 — AUTORIZAÇÃO À EQUIPE MÉDICA:

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 — ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:

Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, em linguagem acessível, sobre o procedimento, seus riscos, benefícios e alternativas;

13 — LIMITAÇÕES DA MEDICINA:

Sei que a medicina não é uma ciência exata e que os resultados não podem ser garantidos, e que o médico exercerá seus melhores esforços e conhecimentos técnicos e científicos para o sucesso do tratamento;

14 — REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO:

Estou ciente de que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento, antes do início do procedimento, sem que isso implique em prejuízo ao meu atendimento;

15 — DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E AUTORIZAÇÃO:

Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras e completas, e autorizo a realização do procedimento acima descrito, assumindo os riscos inerentes ao mesmo.

16 — HOSPITAL DE ENSINO:

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)).