



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1 - A pielolitomia é o procedimento cirúrgico que consiste na remoção de cálculos (pedras) localizados na pelve renal através de uma incisão direta na pelve (bacinete) do rim. É indicada para cálculos renais volumosos, complexos ou coraliformes, cálculos que não puderam ser tratados por métodos menos invasivos, ou quando há obstrução com comprometimento da função renal. O objetivo é a remoção completa dos cálculos, o alívio da dor e dos sintomas obstrutivos e a preservação da função renal.

2 — PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA:

O procedimento é realizado sob anestesia geral ou bloqueios. As etapas incluem: incisão cirúrgica na região lombar; afastamento cuidadoso dos planos musculares até a identificação do rim e da pelve renal; abertura da pelve renal; localização e extração dos cálculos com instrumental cirúrgico específico (pinças e cestas de extração); irrigação da cavidade renal para remoção de fragmentos; hemostasia rigorosa (controle de sangramento); eventual passagem de cateter ureteral interno (duplo J) para garantir a drenagem da urina; posicionamento de dreno no local da cirurgia e fechamento da incisão por planos, com suturas internas absorvíveis e pontos na pele. A tecnologia empregada envolve instrumental cirúrgico estéril, bisturi elétrico (eletrocautério), afastadores, fios de sutura diversos, cateteres e drenos.

3 — AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS:

Benefícios esperados: remoção dos cálculos renais, alívio da dor e dos sintomas, desobstrução do fluxo urinário e preservação da função renal. Riscos previsíveis: além dos riscos gerais de qualquer cirurgia (sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, reações anestésicas), existem riscos específicos como: necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação; dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes; necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total) em situações de sangramento incontrolável ou comprometimento grave; necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar para drenar a urina (nephrostomia); necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico; ausência de garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, podendo requerer outras formas de tratamento; possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula); possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica; possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia; e possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

4 — ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO:

As alternativas disponíveis ao tratamento proposto incluem: litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), ureterorenoscopia com litotripsia a laser, nefrolitotripsia percutânea (retirada dos cálculos por punção lombar percutânea), tratamento clínico conservador com analgésicos e hidratação em casos selecionados, e a opção de não tratamento. Fui informado(a) de que a recusa ao tratamento pode levar à obstrução urinária recorrente, infecções urinárias de repetição, pielonefrite, progressão para insuficiência renal e aumento do risco de complicações.

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: Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação; Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes; Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total); Necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar com a função de drenar a urina (nephrostomia); Necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico; Ausência de garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento; Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula); Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia; Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica; Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia; Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada. 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 outro(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 - Declaro que fui esclarecido(a) sobre todas as dúvidas referentes ao procedimento proposto, bem como sobre os riscos, benefícios e alternativas, e que as informações prestadas foram suficientes para minha compreensão;

13 - Estou ciente de que este procedimento não garante resultado definitivo ou cura, e que o resultado pode variar conforme as condições clínicas individuais;

14 - Declaro que me reservo o direito de revogar este consentimento a qualquer momento antes da realização do procedimento, sem necessidade de justificativa;

15 - Declaro que li, compreendi e concordo com todos os itens acima referidos, e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas e de terem sido esclarecidas todas as dúvidas,



estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize;

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)*).