



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL		
PACIENTE:		
RG:	CPF:	DATA DE NASC.:

Declaro para fins legais conforme segue:

1. PROCEDIMENTO E INDICAÇÃO

Fui informado(a) pelo médico de que, diante do diagnóstico de tumor vesical (tumor na bexiga), está indicado o procedimento denominado ressecção transuretral de tumor vesical, também conhecido pela sigla RTU de bexiga. Trata-se de uma cirurgia endoscópica, realizada por via natural (atravão da uretra, sem cortes externos no abdome), na qual o médico introduz um instrumento óptico denominado cistoscópio ou ressectoscópio, que permite visualizar o interior da bexiga em um monitor de vídeo. Por meio desse instrumento, o tumor é identificado e removido em fragmentos, sendo o tecido retirado enviado ao laboratório de anatomia patológica para análise microscópica, o que permite confirmar o diagnóstico e definir o grau de invasão do tumor (estadiamento). Durante o procedimento, o médico utiliza corrente elétrica (eletrocautério) para cortar o tecido tumoral e para queimar e cauterizar as células tumorais remanescentes (fulguração), promovendo a hemostasia (controle do sangramento). A bexiga é continuamente preenchida e lavada com uma solução de irrigação estéril, que permite a visão adequada do campo operatório e o esvaziamento dos fragmentos ressecados. O procedimento poderá incluir, conforme a necessidade identificada durante a cirurgia, a coleta de biópsias adicionais da parede da bexiga, a realização de mapeamento vesical e a colocação de um cateter urinário (sonda vesical) ao final, para drenagem da urina e controle de possíveis sangramentos no pós-operatório imediato. Estou ciente de que o procedimento é realizado sob anestesia, geralmente raquidiana (anestesia da região lombar) ou geral, conforme indicação do médico anestesista.

2. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Fui informado(a) de que, como em qualquer procedimento médico invasivo, podem ocorrer complicações gerais, tais como sangramento, infecção, reações adversas aos medicamentos e complicações cardiovasculares e respiratórias relacionadas à anestesia. Além disso, fui esclarecido(a) sobre as principais complicações específicas associadas a este procedimento, entre as quais: dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital, que pode requerer o uso de medicamentos analgésicos; sangramento na urina (hematúria) e possibilidade de formação de coágulos que obstruam o fluxo urinário, exigindo, em alguns casos, a necessidade de lavagem vesical ou de transfusão de sangue durante ou após a operação; risco de lesão dos órgãos adjacentes à bexiga durante a ressecção, incluindo a possibilidade de perfuração da parede vesical; possibilidade de absorção do líquido de irrigação durante o procedimento cirúrgico, podendo ocorrer a chamada síndrome de ressecção transuretral (síndrome absorviva), caracterizada por alterações hidroeletrólíticas que, em casos raros, podem comprometer o funcionamento do coração e do sistema nervoso; possibilidade de infecção urinária; estreitamento da uretra (estenose uretral) requerendo dilatações ou futuros procedimentos; retenção urinária temporária; possibilidade de ressecção incompleta do tumor, exigindo a repetição do tratamento futuramente; possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias); e possibilidade de necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento. Caso seja necessária a conversão para cirurgia aberta, fui informado(a) de que as seguintes complicações adicionais podem ocorrer: implante de células tumorais na via de acesso cirúrgico à bexiga; 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, requerendo tratamento; possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia; e possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Fui igualmente esclarecido(a) sobre os benefícios esperados do tratamento, que incluem a remoção completa ou parcial do tumor vesical, a obtenção de material para o diagnóstico anatomopatológico definitivo e o estadiamento da doença, o controle do sangramento urinário e dos sintomas, e, nos

tumores superficiais (não invasivos da camada muscular), a possibilidade de tratamento curativo, com redução do risco de progressão e de disseminação da doença. Estou ciente de que não existe garantia de resultados e de que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

3. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO

Fui informado(a) de que existem alternativas ao tratamento proposto, cuja indicação depende do tipo, tamanho, número e grau de invasão do tumor, bem como das condições clínicas gerais. Entre as alternativas possíveis estão: a vigilância ativa, com acompanhamento por exames de imagem e cistoscopias periódicas, sem ressecção imediata; a administração de medicamentos diretamente na bexiga (terapia intravesical), como imunoterapia com BCG ou quimioterapia intravesical, que pode ser utilizada isoladamente ou após a ressecção; a cistectomia parcial, com remoção apenas de parte da bexiga; a cistectomia radical, com remoção total da bexiga e reconstrução do trato urinário, indicada nos tumores mais avançados ou invasivos; a radioterapia; e a quimioterapia sistêmica. Fui também informado(a) sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da enfermidade diagnosticada, o que pode permitir a progressão, o crescimento e a disseminação do tumor, com piora dos sintomas e pior prognóstico. A escolha entre essas alternativas será discutida com a equipe médica, considerando as particularidades do meu caso.

4. 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:

5. 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).

6. 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. E podem ocorrer complicações específicas ao quadro clínico como (deixar em branco se não houver):

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.



11. 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.

12. 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).

13. 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.

14. 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.

ASSINATURA 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.

ASSINATURA 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)*).