

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

Declaro para fins legais conforme segue:

1. A Ureterolitotripsia Transureteroscópica é um procedimento endourológico minimamente invasivo destinado ao tratamento de cálculos (pedras) localizados no ureter, que é o canal responsável por transportar a urina do rim até a bexiga. A intervenção consiste na introdução de um instrumento óptico extremamente fino, chamado ureteroscópio, que possui câmera e luz acopladas. Este equipamento é inserido pela uretra (canal natural da urina), passa pela bexiga e progride até o ureter sob visão direta, permitindo localizar o cálculo, fragmentá-lo e remover seus fragmentos sem a necessidade de cortes externos.

O objetivo principal do procedimento é a eliminação completa do cálculo para restaurar a drenagem urinária adequada, aliviar a dor intensa (cólica renal) e prevenir complicações graves, como a obstrução prolongada, infecções urinárias recorrentes e a perda progressiva da função renal. Esta cirurgia é indicada quando os cálculos não possuem condições de eliminação espontânea, causam dor intratável, obstruem o fluxo urinário ou apresentam risco iminente de complicações clínicas.

2. PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIA

A execução da ureterolitotripsia envolve o uso de tecnologia avançada e técnicas cirúrgicas especializadas, compreendendo as seguintes etapas e recursos:

- Ureteroscopia rígida ou flexível: Introdução do ureteroscópio pela via urinária natural até o local do cálculo, realizada em ambiente de centro cirúrgico sob rigorosas técnicas assépticas.
- Fragmentação do cálculo: Utilização de energia laser (geralmente laser de hólmio) ou dispositivos pneumáticos/ultrassônicos para quebrar a pedra em fragmentos milimétricos.
- Remoção dos fragmentos: Extração ativa dos fragmentos utilizando cestas de captura (cestas de Dormia) ou pinças de apreensão específicas para endourologia.
- Colocação de cateter ureteral duplo J (stent): Em casos selecionados, um cateter fino e flexível é posicionado no ureter para garantir que a urina flua livremente e o canal cicatrize sem estreitamentos. Este cateter é temporário e deve ser retirado posteriormente por meio de uma cistoscopia simples.
- Suporte radiológico: Uso de fluoroscopia (raio-X em tempo real) para guiar o posicionamento preciso dos instrumentos e do cateter.
- Suporte anestésico: Realização sob anestesia geral ou raquianestesia, conforme decisão da equipe de anestesiologia para garantir o conforto e segurança do paciente.
- Materiais: Utilização de fibras de laser, fios-guia hidrofílicos, contraste radiológico e materiais descartáveis estéreis de alta precisão.

É importante ressaltar que podem ocorrer adaptações técnicas durante o ato operatório. Caso a equipe médica encontre condições anatômicas ou clínicas imprevistas, o cirurgião poderá alterar a técnica para garantir o melhor resultado terapêutico e a segurança do paciente.

3. AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS

3.1 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os principais benefícios do tratamento incluem a eliminação do cálculo e o alívio imediato da dor. Por ser um procedimento minimamente invasivo (sem cortes), proporciona uma recuperação mais rápida, menor tempo de internação e retorno precoce às atividades habituais. Além disso, restabelece o fluxo urinário, protegendo o rim contra danos permanentes e reduzindo drasticamente o risco de infecções generalizadas (sepse) de origem urinária.

3.2 RISCOS PREVISÍVEIS E COMPLICAÇÕES

Embora seja um procedimento seguro, como qualquer intervenção cirúrgica, apresenta riscos. As complicações gerais incluem sangramento, infecção e reações anestésicas. As complicações específicas podem incluir:

- Dificuldades técnicas: Impossibilidade de atingir o cálculo devido a estreitamentos anatômicos ou migração do cálculo para o rim durante a manipulação.
- Lesões ureterais: Risco de perfuração ou laceração do ureter, o que pode exigir a conversão para cirurgia aberta ou laparoscópica imediata para reparo.
- Hematúria: Presença de sangue na urina por alguns dias após o procedimento.
- Sintomas irritativos: Desconforto abdominal, urgência para urinar ou dor lombar, especialmente se houver necessidade de uso do cateter duplo J.
- Infecção: Risco de cistite ou pielonefrite, podendo evoluir para casos graves que exijam internação prolongada.
- Estreitamentos (Estenoses): Cicatrização excessiva que pode causar diminuição do calibre da uretra ou do ureter a longo prazo, necessitando de novos tratamentos.
- Necessidade de reintervenção: Caso restem fragmentos significativos, novos procedimentos podem ser necessários.

4. ALTERNATIVAS AO TRATAMENTO — conduta expectante com tratamento clínico (observação, hidratação, analgésicos), litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), nefrolitotripsia percutânea e cirurgia aberta ou laparoscópica (ureterolitotomia), incluindo a opção de não tratamento e seus riscos (obstrução, infecção, perda da função renal).

5. DISPOSIÇÕES GERAIS E LEGAIS

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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).

11. 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.

12. 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, sempre sob supervisão do médico preceptor responsável.

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)).