

## LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO)

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO) como forma de tratamento do cálculo das vias urinárias. A LECO é um procedimento terapêutico que não necessita de incisões e é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos das vias urinárias por meio de ondas mecânicas. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

- Presença de sangue na urina após o procedimento.
- A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
- Dor lombar ou cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou de coágulos de sangue.
- Equimoses ou hematomas no local da aplicação.
- Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
- Obstrução ureteral por fragmentos do cálculo ou coágulos, podendo evoluir com infecção local, podendo ser necessária a eventual drenagem do rim por colocação de um cateter interno no ureter (duplo J) ou um cateter diretamente no rim (percutânea).
- Possibilidade de haver quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).

Reconheço que durante o procedimento ou no período posterior, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento.

Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica do cálculo ou cirurgia aberta poderia ser uma alternativa de tratamento do meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a LECO é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.

---

PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nome (se resp. legal):

Grau de parentesco:

RG:

CPF:

---

MÉDICO

Nome:

CRM:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### TESTEMUNHAS

---

NOME COMPLETO:

RG:

---

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

3ª via: Prontuário (levar para o Hospital no dia do procedimento).