

URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA (retirada do cálculo do ureter por endoscopia) como forma de tratamento do CÁLCULO DE URETER. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga e, possivelmente, também, com um cateter no ureter, ambos para drenagem da urina.

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

- Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização de anestesia.
- Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a retirada do cálculo.
- Perfuração do ureter podendo requerer tratamento cirúrgico imediato por via aberta.
- Dor ou desconforto no abdômen requerendo medicamentos analgésicos.
- Presença de sangramento pela urina de pequena a moderada quantidade por alguns dias.
- Necessidade de endoscopia na bexiga para a retirada do catéter do ureter alguns dias depois do procedimento.
- Possibilidade de infecção no trato urinário requerendo futuro tratamento, inclusive com retirada do rim em casos extremos.
- Possibilidade de desenvolvimento de estreitamento da uretra e/ou ureter, necessitando de tratamento futuro.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, 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 atos cirúrgicos ou 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 necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

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

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

O referido médico explicou-me que as alternativas terapêuticas para meu caso poderiam ser o tratamento por Litotripsia Extracorpórea por onda de choque, por uma cirurgia convencional ou laparoscópica.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ureterolitotripsia Transureteroscópica é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de cálculo no ureter.

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).