

NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO COM ESTENOSE DE JUNÇÃO URETEROPIÉLICA (JUP).

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA é um procedimento terapêutico que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução do nefroscópio e instrumentos destinados a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultrassônicas, eletrohidráulicas ou a laser. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrasonografia. A endopielotomia consiste na secção da junção ureteropiélica através do mesmo trajeto cutâneo-renal.

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

- A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
- Presença de sangue na urina após o tratamento.
- Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
- Equimose ou hematomas no local da aplicação.
- Formação de coleções sanguíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
- Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento.
- Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
- Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
- Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
- Lesão intestinal necessitando de colostomia.
- Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
- Formação de pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.
- Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:
 - 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 seqüela da cirurgia.
 - Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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 necessitarem 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 ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, 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 ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia(m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA é a melhor indicação neste momento para 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:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

NOME COMPLETO:

RG:

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