

PIELOLITOTOMIA (CALCULOSE RENAL)

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma PIELOLITOTOMIA (remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias.

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

- Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
- Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
- Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total).
- Necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nephrostomia).
- Necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico.
- Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
- 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 existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a pielolitotomia simples 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:

NOME COMPLETO:

RG:

1ª via: médico

2ª via: Paciente

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