CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO. A CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultrassônicas, eletro-hidráulicas e/ou a laser.

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.
- Dores resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
- Estenose e ou lesão da uretra.
- Obstrução uretral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter na uretra ou eventual drenagem por um cateter diretamente na bexiga.
- Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
- 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 sequela 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 ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA 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)*