

## COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL como forma de tratamento de obstruções ureterais. A COLOCAÇÃO DO CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico visando restabelecer a drenagem de urina através do ureter.

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

- Presença de sangue na urina após o procedimento.
- Deslocamento do cateter para bexiga necessitando recolocação.
- Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
- Estenose e ou lesão do ureter.
- Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
- Obstrução ureteral por coágulos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
- Lesão do ureter ou tecidos adjacentes necessitando de cirurgia aberta para correção da lesão.
- Eliminação espontânea do cateter através da uretra podendo ser necessário a sua recolocação.
- Desconforto em trajeto renouretral bem como irritabilidade vesical e urge-incontinência.
- Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico.

Fui informado e comprometo-me a remover o cateter no período máximo de quatro meses. Caso não procure o médico para remover o cateter assumirei toda responsabilidade desta minha atitude.

Fui informado que a retirada deste cateter deverá ser realizada por via endoscópica e que a permanência do mesmo, além do prazo dado pelo médico, pode causar sérios danos como infecções, obstruções formação de cálculos e comprometimento da função renal.

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 COLOCAÇÃO DO CATETER DUPLO J TRANSURETERAL 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)