NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

PACIENTE

RG | CPF | DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO.

A NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico denominado ureteroscópio (rígido ou flexível) e de equipamentos (litotridores) destinados a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultrassônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia.

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).
- Estenose ou lesão do ureter e/ou da bexiga que poderão requerer tratamento.
- Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
- Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e pode 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 de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
- 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(m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA 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	MÉDICO
Nome (se resp. legal):	Nome:
Grau de parentesco:	CRM:
RG: CPF:	

_____, ___ de _____ de _____.

TESTEMUNHAS

Nome completo:	Nome completo:
RG:	RG:

1ª via: médico 2ª via: paciente 3ª via: prontuário *(levar para o Hospital no dia do procedimento)*