

NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de obstrução do trato urinário.

A NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA é um procedimento terapêutico de derivação externa do trato urinário superior que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução de um cateter de demora que vai drenar a urina do rim.

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

- Presença de sangue na urina após o tratamento.
- Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
- Equimose ou hematomas no local da perfuração.
- Formação de coleções de urina ou sangue no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
- Extravasamento de urina ao redor do cateter ou da incisão.
- 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 arterio-venosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.
- Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:
 - o Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
 - o Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
 - o Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - o Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
 - o 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 terapêuticas para o meu caso porém, decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a NEFROSTOMIA 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:

Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

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