

## RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou seus assistentes a realizar uma RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL como forma de tratamento do TUMOR VESICAL (BEXIGA). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer por algumas horas ou dias com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

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

- Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
- Risco de lesão dos órgãos adjacentes à bexiga durante a ressecção.
- Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
- Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
- Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
- Necessidade de transfusão de sangue durante e/ou após a operação.
- Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
- Possibilidade de necessitar repetir o tratamento futuramente.
- Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
- Possibilidade de absorção do líquido de irrigação durante o procedimento cirúrgico podendo ocorrer síndrome absorptiva.
- Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:
  - o Implante de células tumorais na via de acesso cirúrgico à bexiga.
  - 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 sequela 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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral do Tumor Vesical 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:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO**

Nome:

CRM:

**TESTEMUNHAS**

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

\_\_\_\_\_  
Nome completo:

RG:

1ª via: médico

2ª via: paciente

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