

TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR

PACIENTE

RG

CPF

DATA NASC.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor _____ o TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR como forma de tratamento da VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR e suas complicações. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico, estando eu ciente dos riscos associados a este procedimento.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

- Estenose uretral secundária ao procedimento endoscópico.
- Infecção urinária requerendo tratamento.
- Incontinência urinária pela disfunção vesical e elevado resíduo pós-miccional.
- O procedimento cirúrgico não corrige a lesão vesical, ureteral e renal já existente.
- Manutenção do refluxo vésico-ureteral podendo requerer tratamento posterior.
- Manutenção de função vesical insatisfatória e piora da função renal requerendo tratamento posterior.
- O tratamento da válvula não altera a evolução para insuficiência renal nos casos de Displasia 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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Endoscópico da Válvula da Uretra Posterior é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

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*)