

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr _____ e/ou seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia videolaparoscópica) como forma de tratamento do CÁLCULO VESICAL.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra durante sete dias e um dreno cirúrgico para a saída de secreções e que será removido até quatro dias após a cirurgia.

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

1. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
2. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
4. Possibilidade de enfisema subcutâneo(acúmulo de gás sob a pele).
5. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
7. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
8. Possibilidade de embolia gasosa ainda que extremamente rara.
9. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção,na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório.
10. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção.
11. Possibilidade de lesões no trato urinário entre elas ureter por aderências ou sangramento.
12. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento.
13. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações.

Obs: Caso seja necessário a realização de cirurgia aberta, podem ocorrer complicações semelhantes à cirurgia laparoscópica.

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 necessitem 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 as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: Cistolitotripsia endoscópica ou Retirada endoscópica do cálculo. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cistolitotomia Videolaparoscópica 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.

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente: _____

Nome: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

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.