

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO. A CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas e/ou a laser.

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

1. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento
2. Presença de sangue na urina após o tratamento
3. Dores resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s)
4. Estenose e ou lesão da uretra
5. Obstrução uretral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter na uretra ou eventual drenagem por um cateter diretamente na bexiga.
6. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
7. Caso seja necessário à realização de cirurgias abertas, podem ocorrer às complicações seguintes:
 - 7.1 Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
 - 7.2 Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia
 - 7.3 Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - 7.4 Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia
 - 7.5 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 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 a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA 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 ou responsável: _____

Nome: _____ 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.