

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL**

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p align="center">Cole aqui a etiqueta</p> </div> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p align="center">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar uma COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL como forma de tratamento de obstruções ureterais. A COLOCAÇÃO DO CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico visando restabelecer a drenagem de urina através do ureter.

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

1. Presença de sangue na urina após o procedimento.
2. Deslocamento do cateter para bexiga necessitando recolocação
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
4. Estenose e ou lesão do ureter.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por coágulos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
7. Lesão do ureter ou tecidos adjacentes necessitando de cirurgia aberta para correção da lesão.
8. Eliminação espontânea do cateter através da uretra podendo ser necessário a sua recolocação.
9. Desconforto em trajeto renouretral bem como irritabilidade vesical e urge-incontinência.
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico.

Fui informado e comprometo-me a remover o cateter no período máximo de quatro meses. Caso não procure o médico para remover o cateter assumirei toda responsabilidade desta minha atitude. Fui informado que a retirada deste cateter deverá ser realizada por via endoscópica e que a permanência do mesmo, além do prazo dado pelo médico, pode causar sérios danos como infecções, obstruções formação de cálculos e comprometimento da função 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, dentre eles, a transfusão de sangue e hemocomponentes.

A transfusão de hemocomponentes (concentrados de hemácias, plaquetas, plasma ou crioprecipitado) pode ser necessária para restabelecer a função normal do sangue, como por exemplo, em situações de anemias graves ou hemorragias, ou em decorrência de procedimentos cirúrgicos. Apesar de os hemocomponentes serem preparados respeitando critérios rígidos de controle de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a transfusão sanguínea pode apresentar riscos ao paciente, e por isso é sempre indicada de forma bastante criteriosa. Esses riscos incluem reações imediatas indesejáveis, como febre,

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL**

calafrios e alergia, geralmente leves e facilmente tratáveis, mas em raríssimas ocasiões podem ser fatais. Apesar de os testes sorológicos utilizados atualmente apresentarem alta sensibilidade e segurança, há também um risco mínimo de transmissão de microorganismos que podem não ser detectados através desses exames.

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.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as suas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Colocação de Catéter Duplo J Transureteral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Todas as peças operatórias ou materiais extirpados serão enviados para completar o estudo anatomo-patológico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL** proposta.

Campinas, ____ de _____ de _____.

Médico	Paciente ou Representante ou Responsável
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.

REVOGAÇÃO	
Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.	
Local e data: _____	
Médico	Paciente ou Representante ou Responsável

Observação: 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 ler ele tomou livremente.