

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE
URETRA POSTERIOR**

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

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar em meu filho menor de idade 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.

Declaro que os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Estenose uretral secundária ao procedimento endoscópico.
2. Infecção urinária requerendo tratamento.
3. Incontinência urinária pela disfunção vesical e elevado resíduo pós-miccional.
4. O procedimento cirúrgico não corrige a lesão vesical, ureteral e renal já existente.
5. Manutenção do refluxo vésico-ureteral podendo requerer tratamento posterior.
6. Manutenção de função vesical insatisfatória e piora da função renal requerendo tratamento posterior.
7. 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, 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, 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

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE
URETRA POSTERIOR**

conjuntamente com o meu médico que o Tratamento Endoscópico da Válvula de uretra posterior é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do meu filho(a).

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 o **TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR** 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 livremente.