

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA**

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 uma URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA (retirada do cálculo do ureter por endoscopia) como forma de tratamento do CÁLCULO DE URETER. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga e, possivelmente, também, com um cateter no ureter, ambos para drenagem da urina.

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

1. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização de anestesia.
2. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a retirada do cálculo.
3. Perfuração do ureter podendo requerer tratamento cirúrgico imediato por via aberta.
4. Dor ou desconforto no abdômen requerendo medicamentos analgésicos.
5. Presença de sangramento pela urina de pequena a moderada quantidade por alguns dias.
6. Necessidade de endoscopia na bexiga para a retirada do catéter do ureter alguns dias depois do procedimento.
7. Possibilidade de infecção no trato urinário requerendo futuro tratamento, inclusive com retirada do rim em casos extremos.
8. Possibilidade de desenvolvimento de estreitamento da uretra e/ou ureter, necessitando de tratamento futuro.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

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 e possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns. Reconheço que outros 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. O referido médico explicou-me que as alternativas terapêuticas para meu caso poderiam ser o tratamento por Litotripsia Extracorpórea por onda de choque, por uma cirurgia convencional ou laparoscópica, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Ureterolitotripsia Transureteroscópica 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 **URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA** 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.