

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE URETROTOMIA INTERNA

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

Eu autorizo o Dr. _____ CRM N°: _____ a realizar uma URETROTOMIA INTERNA como forma de tratamento para Estenose (estreitamento) da Uretra. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

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

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
2. Dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
3. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Possibilidade de infecção na uretra e na bexiga, necessitando de futuro tratamento.
5. Possibilidade futura de novo estreitamento.
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
7. Possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.

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.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE URETROTOMIA INTERNA

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. O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser Dilatação da Uretra com sondas especiais, às vezes periódicas e com resultados inferiores de sucesso, decidindo conjuntamente com o meu médico que a Uretrotomia Interna é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **URETROTOMIA INTERNA** 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.