

COLAR ETIQUETA**Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTOMIA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia convencional) como forma de tratamento de cálculo urinário na bexiga. A **CISTOLITOTOMIA** é um procedimento terapêutico realizado através de um corte na região inferior do abdome pelo qual a bexiga é identificada, aberta e o(s) cálculo(s) retirado(s), inteiros ou fragmentados com o auxílio de pinças. O fechamento da bexiga é realizado com pontos e normalmente uma sonda pela uretra é deixada, geralmente por 7 a 10 dias. Um dreno para saída de secreções pode ser utilizado e normalmente é removida alguns dias antes da sonda da bexiga. Esse procedimento está indicado para o tratamento de cálculos muito grandes ou quando há contraindicação ou não existem condições para realizar outras formas de tratamento menos invasivas.

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

1. Sangramento pela sonda ou ao redor da sonda (comum).
2. Dor ou desconforto para urinar por algum tempo após a retirada da sonda (comum).
3. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula) (infrequente).
4. Necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor no local da cirurgia (comum).
5. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica ou acúmulo de líquido (seroma), requerendo futuro tratamento (infrequente).
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia (infrequente).
7. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada (comum).

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.

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 necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

O referido médico explicou-me que existem terapias alternativas para meu caso mas decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a CISTOLITOTOMIA 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: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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 Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente