

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 Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLO J TRANSURETRAL como forma de tratamento de obstruções ureterais. A COLOCAÇÃO DO CATETER DUPLO J TRANSURETRAL é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico visando restabelecer a drenagem de urina através do ureter.

Os possíveis riscos associados a este procedimento me foram 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 sanguíneas 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. 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 necessitem 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.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a COLOCAÇÃO DO CATETER DUPLO J TRANSURETRAL 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: _____

Nome: _____ RG: _____

Testemunha: _____ 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 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.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente