

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 **URETROTOMIA INTERNA** como forma de tratamento para Estenose (estreitamento) da Uretra (canal da urina). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por um período, para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por alguns dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade da realização de qualquer tipo de anestesia por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes do ato cirúrgico.
2. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização dela.
3. Dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
5. Possibilidade de infecção na uretra e na bexiga, necessitando de futuro tratamento.
6. Possibilidade futura de novo estreitamento, necessitando outro tratamento.
7. Mesmo que pequeno, existe o risco de incontinência urinária (perda de urina involuntária) por tratar-se um procedimento que ocorre nas proximidades do esfíncter urinário (músculo que mantém a continência).
8. 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. 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. 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. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Uretrotomia Interna é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de Estenose da Uretra.

Atesto que este formulário foi me explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Nome: _____

RG: _____ Data: ____/____/____

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 a todos os seus pacientes.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente