

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 **URETERO LITOTRIPSIA 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento me foram 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. 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 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.

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. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ureterolitotripsia Transureteroscópica é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de cálculo no ureter.

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 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.

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