



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico chamado ureteroscópio geralmente flexível que é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultrassônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A abertura da estenose da junção ureteropielica pode ser realizada através de lâminas apropriadas e ou a laser.

COMPLICAÇÕES:

1. A fragmentação do (s) cálculo (s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
2. Presença de sangue na urina após o tratamento.
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do (s) cálculo (s).
4. Estenose e ou lesão do ureter.
5. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nephrostomia).
7. Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
8. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
9. Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
10. O aspecto de “rim dilatado” e retenção de contraste na junção pieloureteral não desaparecerão imediatamente após a cirurgia. Estes resultados serão observados após prazo longo (06 meses em média).
11. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:
 - Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
 - Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
 - Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
 - Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

CBHPM - 3.11.01.55-6

CID - N20.0

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Unimed Rio Verde adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os **RISCOS E COMPLICAÇÕES** mais comuns do procedimento supramencionado, **AUTORIZO** de forma expressa sua realização.

Goiatuba/GO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente e/ou responsável

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura do médico responsável

Nome: _____

CRM: _____

Código de Ética Médica - Resolução CFM n° 1.931/09: É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 - Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.