

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 4

**LEIA ANTES DE ASSINAR**



SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE UROLOGIA

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA SEMIRRÍGIDA, COM OU SEM IMPLANTE DE CATETER URETERAL

Prezado(a) ,

Ao assinar este documento, você estará autorizando a realização de intervenção cirúrgica e declarando ter recebido todas as informações necessárias para a exata compreensão de seu diagnóstico, do tratamento proposto e dos riscos envolvidos. Leia todo o documento antes de assiná-lo! Este documento somente deverá ser assinado se todas as suas dúvidas já tiverem sido esclarecidas e estiver de acordo com as declarações descritas abaixo, de forma livre, espontânea e esclarecida.

A assinatura do presente documento representa sua concordância e comprometimento em seguir as orientações das condutas pré-operatórias e pós-operatórias, inclusive quanto ao seguimento do tratamento com equipe multidisciplinar. O paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

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.

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

<b>Nome</b>	<b>Henrique Gobbi Tótola</b>	<b>CRM</b>	<b>11766</b>
<b>Telefone</b>	<b>27992542135</b>		
<b>Especialidade</b>	<b>Urologia</b>	<b>RQE</b>	<b>10866</b>
<b>Endereço</b>	<b>Rua Henrique Moscoso, 531 - Praia da Costa,</b>		
<b>Cidade</b>	<b>Vila Velha</b>	<b>UF</b>	<b>ES</b>

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>Nome</b>		<b>Tel.</b>	
<b>RG</b>		<b>CPF</b>	<b>Nasc.</b>
<b>Endereço</b>			
<b>Cidade</b>		<b>UF</b>	

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do  
paciente ou  
rep. legal

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 2 de 4

### LEIA ANTES DE ASSINAR

#### ESCLARECIMENTOS CONTEÚDO OBRIGATÓRIO (Resolução CFM nº 1/2016) Descrição, sucinta, clara e objetiva do procedimento cirúrgico

Eu, abaixo assinado, autorizo o médico autorizado e/ou seus assistentes a realizar o procedimento

URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA SEMIRRÍGIDA, COM OU SEM IMPLANTE DE CATETER URETERAL DUPLO JOTA, a que será submetido , bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Reconheço que durante a cirurgia e anestesia ou mesmo no período pós operatório, novas condições possam requerer procedimentos adicionais ao tratamento inicialmente proposto. O referido médico explicou-me que existem alternativas terapêuticas para o meu caso, porém, decidimos em conjunto que a ureterolitotripsia transureteroscópica semirrigida com ou sem implante de cateter ureteral duplo J é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

#### Princípios e/ou indicações:

A Ureterolitotripsia transureteroscópica é um procedimento cirúrgico que consiste na introdução de um endoscópio (câmera de vídeo) através do orifício urinário natural (uretra) até o ureter (o canal que comunica o rim à bexiga para o escoamento de urina) sem incisões ou cortes, para tratamento dos cálculos (pedras) urinários localizados no seu interior. Este procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquidiana. O endoscópio é um aparelho longo, fino e semirrígido que permite acesso ao ureter. Uma vez no local desejado, o cálculo é identificado e fragmentado com auxílio de uma haste rígida específica para fragmentar a pedra ou uma fibra condutora de energia laser. Os fragmentos são então retirados com pinças extratoras. O cálculo pode também ser pulverizado em pedaços bem pequenos que são eliminados espontaneamente na urina. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia. Muito frequentemente o paciente permanece com um cateter (sonda) na bexiga que é exteriorizado pela uretra por algumas horas, assim como um segundo cateter no ureter para drenagem da urina, totalmente implantado e não exteriorizado, denominado cateter Duplo J.

#### Riscos relativos ao procedimento:

O acesso ao ureter e ao cálculo pode não ser possível devido as condições anatômicas locais como diâmetro desfavorável do ureter, estreitamentos, tortuosidades etc., sendo necessário a inserção de um cateter duplo J e tratar o cálculo posteriormente (infrequente). Falhas de equipamentos podem acontecer, impedindo a realização da cirurgia (infrequente). Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário para resolução do quadro (raro). Alguns sintomas leves, como ardência para urinar e sangue na urina, geralmente em pequena quantidade e sem repercussão clínica, podem estar presentes no pós-operatório (comum). Sintomas decorrentes da presença de sonda e cateter duplo J, como aumento da frequência para urinar, desconforto sobre a bexiga, migração do cateter, dor lombar durante a micção podem ocorrer (comum).

#### Complicações:

1. Cólica renal resultante da eliminação de fragmentos de cálculos, coágulos de sangue ou edema do ureter pode ocorrer no pós-operatório necessitando de analgésicos (infrequente).
2. Migração do cálculo ureteral para o rim durante a cirurgia pode tornar impossível sua retirada com instrumento endoscópico semirrígido (infrequente).
3. Impossibilidade de remoção integral do cálculo por dificuldades técnicas ou pelas condições cirúrgicas locais (raro).
4. Estenose (estreitamento) ou lesão do ureter (perfurações, avulsão, secção) e/ou da bexiga que poderão requerer tratamento cirúrgico imediato por via aberta ou endoscópica(infrequente).

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
-----------------------------------	--

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Página 3 de 4

### **LEIA ANTES DE ASSINAR**

5. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas (raro), podem ocorrer as seguintes complicações: 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 sequela da cirurgia; possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

6. Podem ocorrer formação de coleções sanguíneas ou de urina (urinomas) na região do ureter tratado, que em geral são reabsorvidas espontaneamente (infrequente).

7. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, que podem evoluir com infecção urinária e dilatação do rim podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nefrostomia) (infrequente).

8. Possibilidade de infecção no trato urinário – sepse - (durante ou após a internação), mesmo com exame de urina pré-operatório com ausência de bactéria, requerendo tratamento desta complicação com prioridade, inclusive com retirada do rim em casos extremos (raro).

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todas as situações conhecidas ou possíveis de acontecer durante ou após a cirurgia, bem como declaro estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura da doença. Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e situações que podem ocorrer no período pós-operatório, como utilizar as medicações prescritas (analgésicos, antibióticos, etc). Em caso de febre ou sangramento devo contactar meu urologista ou um membro da equipe o mais breve possível. Devo agendar consulta com meu urologista conforme discutido e combinado durante a internação. Devo lembrar que na possibilidade de utilização do cateter duplo J, este deverá ser retirado pelo meu médico no período máximo de 4 meses, sob risco de calcificação do mesmo, o que pode provocar graves danos à minha saúde.

Assim sendo, autorizo o médico e/ou seus assistentes a executarem estes atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles e a literatura médica, sejam necessários e desejáveis. Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, assumindo os riscos inerentes da intervenção médica.

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
-----------------------------------	--

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 4 de 4

**LEIA ANTES DE ASSINAR**

## DECLARAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

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. Todos os espaços em branco foram preenchidos antes que eu assinasse este formulário.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

## DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Na qualidade de médico responsável e em cumprimento à Resolução CFM nº 1/2016, DECLARO que expliquei ao paciente, de forma clara, objetiva e verbal, todo o procedimento cirúrgico proposto, prestando-lhe todas as informações pertinentes, inclusive aquelas especificadas acima. Também foram por mim prestados todos os esclarecimentos solicitados pelo paciente, após os quais, este se declarou consciente, esclarecido e isento de dúvidas.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico responsável

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimento Cirúrgico -

Rubrica do paciente ou rep. legal	
-----------------------------------	--