

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Página 1 de 4

## LEIA ANTES DE ASSINAR



SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE UROLOGIA

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA URETERORENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome			Tel.		
RG		CPF		Nasc.	
Endereço					
Cidade			UF		

- 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

**URETERORENOLITOTRIPSIA FLEXÍVEL:** Trata-se de um procedimento utilizado para abordar principalmente os cálculos localizados na porção mais alta do ureter (proximal) e dentro do rim. Reconheço que durante a cirurgia ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais. Reconheço também que mesmo sendo planejado inicialmente um procedimento completo em um só tempo cirúrgico (remoção ou fragmentação de todo(s) o(s) cálculo(s)), o procedimento poderá ser abortado e completado em um novo procedimento, caso o médico identifique situações intraoperatórias que possam aumentar os riscos de complicações. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem estes atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. 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 graves.

##### Princípios e/ou indicações:

Procedimento cirúrgico endoscópico que consiste na introdução de um endoscópio flexível (câmera de vídeo) através do orifício urinário natural (uretra) até dentro do rim, sem realizar incisões ou cortes, para tratamento dos cálculos (pedras) urinários. Este procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquidiana. O endoscópio é um aparelho longo, fino e flexível o que permite acesso nos canais por onde a urina é drenada (ureter e rim). Uma vez no local desejado e sendo identificado o cálculo, uma pequena pinça extratora de cálculos ou uma fibra ótica condutora de energia laser, são introduzidas por dentro do endoscópio para fragmentar e retirar os pequenos fragmentos ou então pulverizar pedaços maiores. Apesar do aparelho ser flexível e ser desenvolvido para alcançar o ureter e as cavidades renais, diferenças anatômicas nos diferentes indivíduos podem, em alguns casos, não permitir que o aparelho alcance todas as estruturas internas do rim (cálculos). A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia. A fonte de energia utilizada durante o procedimento é o LASER e que, apesar de bastante eficaz e segura, podem ocorrer complicações como perfurações e sangramento em um pequeno número de casos. Muito frequentemente o paciente permanece com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga e também um cateter no ureter (Cateter Duplo "J"), totalmente implantado e não exteriorizado, para drenagem da urina.

##### Situações que podem ocorrer ocasionalmente após a cirurgia:

1. Ardência para urinar.
2. Sangue na urina, geralmente em pequena quantidade e sem repercussão clínica.
3. 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.
4. Dificuldade para atingir o cálculo decorrente do diâmetro desfavorável do ureter, sendo necessário manter o paciente com duplo J e tratar o cálculo em outra oportunidade.

##### Complicações:

1. Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
2. Estenose (estreitamento), ou lesão do ureter e/ou da bexiga que poderão requerer tratamento.
3. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.

- 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

4. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e pode ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
5. Possibilidade de infecção no trato urinário (durante ou após o procedimento), mesmo no estudo prévio com ausência de bactéria, requerendo tratamento desta complicação com prioridade, inclusive com retirada do rim em casos extremos.
6. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
7. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as seguintes complicações:
  - a. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
  - b. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
  - c. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
  - d. Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia.
  - e. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Cuidados após a alta hospitalar:

1. Ingerir líquidos em abundância.
2. Utilizar as medicações prescritas, como analgésicos, antibióticos.
3. Em caso de febre procure seu urologista.
4. Agendar consulta com seu urologista conforme discutido e combinado durante a internação.
5. Lembrar que há possibilidade de utilização do cateter duplo J que será em futuro próximo retirada em outro procedimento de menor complexidade.

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado, bem como ciente que o tratamento não se limita ao ureterorenolitripsia flexível, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital nos dias determinados pelo médico, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.

- 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	
---	--