

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Orientações para Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO)

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) DR. sobre o procedimento Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque, a que vou me submeter, ou a que vai ser submetido do qual sou responsável legal, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento. Reconheço que durante o procedimento ou no após a sua realização, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais. 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 extracorpóreo, sem necessidade de incisões, onde ondas de choque são aplicadas em direção ao cálculo com objetivo de fragmentação. A posição do cálculo é definida por raio X e/ou ultrassonografia. A aplicação desta forma de energia tem como objetivo a fragmentação dos cálculos e os pequenos fragmentos serão então eliminados pela urina, durante a micção. Este procedimento é realizado com frequência após analgesia com medicação, porém também pode ser realizada sob sedação ou anestesia geral.

Situações que podem ocorrer ocasionalmente após o procedimento:

1. Sangue na urina, geralmente em pequena quantidade e sem repercussão clínica
2. Hematoma no local da aplicação
3. Eliminação de fragmentos de cálculo pela uretra (desejável)
4. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento
5. Dor lombar ou cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou de coágulos de sangue

Complicações

1. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
2. Obstrução ureteral por fragmentos do cálculo ou coágulos, podendo evoluir com infecção local, podendo ser necessária a eventual drenagem do rim por colocação de um cateter interno no ureter

(duplo J) ou um cateter diretamente no rim (percutânea).

3. Possibilidade de haver quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).

Cuidados após a alta

1. Ingerir líquidos em abundância
2. Utilizar as medicações prescritas, como analgésicos, antibióticos.
3. Em caso de febre procurar 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 à Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque, 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.

Pelo presente também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito.

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

Declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expresso o meu mais pleno consentimento para sua realização.

Serra-ES _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG Nº _____ RG Nº _____