

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Orientações Cirúrgicas para Cistolitotripsia Transuretral

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) médico (a) Dr. sobre o procedimento cistolitotripsia transuretral, 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 a cirurgia ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, 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 cirúrgico endoscópico que consiste na introdução de um endoscópio (câmara de vídeo) através do orifício urinário natural (uretra) até a bexiga, sem incisões ou cortes, para tratamento dos cálculos (pedras) urinários localizados no interior da bexiga. Este procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquidiana. 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 ótica condutora de energia laser. Os fragmentos são então retirados com pinça ou sonda extratora denominada Dormia. O cálculo pode também ser pulverizado em pedaços bem pequenos que são eliminados na urina. Muito frequentemente o paciente permanece com um cateter (sonda) na bexiga que é exteriorizado pela uretra.

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 utilização de sonda após a sua retirada, como aumento da frequência para urinar, desconforto sobre a bexiga.
4. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento
5. Dores resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s)

Complicações

1. Estenose e ou lesão da uretra

Termo de Ciência e Consentimento para nefrolitotripsia transureteroscópica

2. Obstrução uretral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter na uretra ou eventual drenagem por um cateter diretamente na bexiga
3. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
4. Caso seja necessário à realização de cirurgias abertas, podem ocorrer às complicações seguintes:
 - 4.1 Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
 - 4.2 Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia
 - 4.3 Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
 - 4.4 Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia
 - 4.5 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 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 em futuro próximo será retirado 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 ureterorenolitotripsia transureteroscópica, 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.

_____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) paciente

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

RG N° _____ RG N° _____