

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CISTOLITOTOMIA	CAP 029
		VERSÃO: 00

Nome do Paciente:		
Nº do Atendimento:	Idade:	Data Internação:

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com a realização de CISTOLITOTOMIA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO VESICAL.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um cateter na uretra e bexiga durante sete dias e um dreno cirúrgico para a saída de secreções e que será removido até quatro dias após a cirurgia. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula); necessidade de medicamentos analgésicos devido à dor no local da cirurgia; suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;

Caso seja necessária 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. 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 severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulado de consentimento. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a CISTOLITOTOMIA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

ESPAÇO RESERVADO PARA SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG

Assinatura do médico/CRM e Carimbo

Teófilo Otoni _____ de _____ de _____