

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ANOMALIADA JUNÇÃO PIELOURETERAL</b>	CAP 032
		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 PIELOPLASTIA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL.

Como resultado desta operação, meu filho (a) poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: deiscência dos pontos da sutura; hérnia incisional na região da cirurgia; extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior; possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento; fistula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico; estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos; necessidade de colocar sonda de “nefrostomia”; o aspecto de “rim dilatado” aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação à respeito disto após 06 meses da data da operação.

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 formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a Anomalia da Junção Pieloureteral, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pieloplastia é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a). 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.

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

-----  
**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 \_\_\_\_\_