

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO)</b>	<b>CAP 039</b>
		<b>VERSÃO: 00</b>

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 LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO) como forma de tratamento do cálculo das vias urinárias.

A LECO é um procedimento terapêutico que não necessita de incisões e é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos das vias urinárias por meio de ondas mecânicas. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: presença de sangue na urina após o procedimento; a fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento; dor lombar ou cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou de coágulos de sangue; equimoses ou hematomas no local da aplicação; formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente; 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); possibilidade de haver quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).

Reconheço que, durante o procedimento ou no período posterior, 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 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 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 neste procedimento, 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 a retirada endoscópica do cálculo ou cirurgia aberta poderia ser uma alternativa de tratamento do meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a LECO é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico. 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 seu 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 \_\_\_\_\_