

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 NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA (remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. CORALIFORME.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação; dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes; necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total); necessidade de deixar um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nephrostomia); não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento; 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 haver um quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s); 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 formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrolitotomia anatrófica é a melhor indicação neste momento para 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 \_\_\_\_\_