

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 NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA À ENDOPIELOTOMIA PERCUTANEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINARIO COM ESTENOSE DE JUNÇÃO URETEROPIÉLICA (JUP).

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA é um procedimento terapêutico que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução do nefroscópio e instrumentos destinados a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultrassônicas, eletro-hidráulicas ou a laser .A localização do cálculo se faz por raios X ou ultra-sonografia. A endopielotomia consiste na secção da junção ureteropiélica através do mesmo trajeto cutâneo-renal. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: a fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento; presença de sangue na urina após o tratamento; cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s); equimose ou hematomas no local da aplicação; formação de coleções sanguíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente; aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento; obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim; hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação; conversão para cirurgia aberta caso seja necessário; lesão intestinal necessitando de colostomia; lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia; formação de pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização;

Caso seja necessário 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 formulário de consentimento. O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA À ENDOPIELOTOMIA PERCUTANEA 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 \_\_\_\_\_