

	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA	CAP 044
		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 NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO.

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA 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 ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. 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: 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 existem outras alternativas terapêuticas para o meu caso porém, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA 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 _____