

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA URETEROCELE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Pront: _____ Atend: _____

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr.e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menoruma CORREÇÃO CIRÚRGICA ABERTA DA URETROCELE, como forma de tratamento da Ureterocele e suas complicações. Como resultado desta operação meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina que será retirada alguns dias após a cirurgia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Hérnia incisional na região da cirurgia.
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
4. Possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior.
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
6. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
7. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
8. Falha da descompressão da ureterocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
9. Aparecimento de refluxo vésico-ureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
10. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

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 Ureterocele, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção cirúrgica aberta da Ureterocele 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.

Data ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do responsável pelo paciente: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G: _____

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.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.