

Termo de Ciência e Consentimento

URETROTOMIA INTERNA

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que:

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico:

ESTENOSE DE URETRA

E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento:

URETROTOMIA INTERNA

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

PROCEDIMENTO

A uretrotomia interna é uma forma de tratamento para estreitamento (estenose) da uretra. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e ainda poderei apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

OBJETIVO

O objetivo dessa cirurgia é incisar a estenose uretral, para melhorar os sintomas de obstrução infra vesical.

PROBABILIDADE DE SUCESSO

A probabilidade de sucesso depende de diferentes variáveis orgânicas de minha própria cicatrização e metabolismo, entretanto a técnica proposta é a mais indicada para meu caso com excelentes resultados descritos em literatura.

Termo de Ciência e Consentimento

URETROTOMIA INTERNA

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

ALTERNATIVA

Em alguns casos, a depender de vários fatores, o tratamento pode ser por dilatação uretral com sondas.

OS POSSÍVEIS RESULTADOS DO NÃO TRATAMENTO

Possível manutenção dos sintomas e sinais da patologia e falta de controle da doença.

RISCOS

- Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:
 - Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a realização da mesma.
 - Dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
 - Presença de edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
 - Possibilidade de infecção na uretra e na bexiga, necessitando de futuro tratamento.
 - Possibilidade futura de novo estreitamento.
 - Infecção urinária ou sepse sistêmica.
 - Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
 - Possibilidade de incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
 - Risco de lesão dos órgãos adjacentes da uretra.
 - Possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.

Foi-me concedida a oportunidade de esclarecer dúvidas e fazer questionamentos sobre

Termo de Ciência e Consentimento

URETROTOMIA INTERNA

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

a minha doença e tratamento que serei submetido, assim como me foi disponibilizado a possibilidade de novos esclarecimentos caso eu julgue necessário.

Estou ciente que podem ocorrer situações imprevisíveis sendo necessário realizar transfusão de sangue e outros hemocomponentes.

Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Estou ciente que é de minha exclusiva responsabilidade a solicitação do resultado do exame anatomopatológico (caso exista) que deverá ser levado para a revisão médica pós-operatória para dar continuidade ao meu tratamento.

Declaro ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo de cirurgia, da eficiência dos cuidados médicos e da boa técnica cirúrgica e anestésica.

Fui também informado que, apesar de pouco comum, durante ou após qualquer procedimento cirúrgico, pode ocorrer formação de coágulo nas pernas (trombose venosa) e posterior deslocamento para os pulmões (embolia pulmonar), pneumonias, derrame cerebral (acidente vascular encefálico), infarto agudo do miocárdio, distúrbio dos batimentos e ritmo cardíaco (arritmias), parada cardiorespiratória inesperada, reações adversas a medicações utilizadas. Além disso, fui informado que, algumas vezes, estas complicações podem levar a internação prolongada, incapacidade temporária ou permanente e até óbito.

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

Termo de Ciência e Consentimento

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____
Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

URETROTOMIA INTERNA

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a uretrotomia interna é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

ORIENTAÇÕES PRÉ-CIRURGIA

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Deverei seguir as orientações do médico, levar os exames para a cirurgia.

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Autorizo a realização de filmagens/fotografias do sítio operatório (preservando a identidade do paciente), bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas reservo-me o

Termo de Ciência e Consentimento

URETROTOMIA INTERNA

direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Cole aqui a etiqueta. Se não tiver, preencha todos os campos.

Nome Completo/ Social: _____ Sexo: ____

Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Registro: _____

Filiação: _____

Convênio: _____

Data: ____ / ____ / ____ Unidade: _____ Leito: _____

Médico: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Salvador, ____ de _____ de 20____ ____:____ (hh:min)

Nome do
médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____