

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: _____

PIELOLITOTOMIA ABERTA

Por este instrumento, eu, _____,
declaro que no dia _____ de _____ de 20_____, às _____ : _____ (hh:mm):

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:

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

PIELOLITOTOMIA ABERTA

O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

O PROCEDIMENTO

A pielolitotomia aberta é uma cirurgia aberta (com corte no abdomen) para retirada de cálculo renal que está localizado na pelve renal.

OBJETIVO

O objetivo da pielolitotmia é retirar o cálculo da pelve renal (rim).

PROBABILIDADE DE SUCESSO

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

ALTERNATIVA

Em alguns casos, a depender de vários fatores, essa cirurgia pode ser realizada por via laparoscópica, ou via endoscópica (nefrolitotripsia percutânea ou ureterorrenolitotripsia flexível), ou ainda, por meio de nefrolitotripsia extra-corporea (máquina extracorpórea).

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: _____

PIELOTOTOMIA ABERTA

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:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Hematomas ou edema local.
4. Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
5. Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
6. Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nefrectomia total).
7. Necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nefrostomia).
8. Necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico.
9. Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
10. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
11. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
12. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
13. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
14. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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

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: _____

PIELOLITOTOMIA ABERTA

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 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 pielolitotomia aberta é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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: _____

PIELOTOTOMIA ABERTA

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

Paciente Responsável

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____ Parentesco _____

Termo de Ciência e Consentimento

PIELOLITOTOMIA ABERTA

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.

Nome do médico _____ CRM: _____

Assinatura: _____