

PACIENTE:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ Idade: _____

Identidade N°: _____ Órgão expedidor: _____ Grau de Relacionamento: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: PIELOLITOTOMIA / NEFROLITOTOMIA

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou os seus assistentes _____ CRM N° _____ a

realizarem o procedimento cirúrgico de Pielolitotomia / Nefrolitotomia como forma de tratamento do cálculo renal.

II – O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno laminar nas costas por no mínimo uma semana.

III – Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me explicados e são os seguintes:

- **Hemorragia renal, necessitando eventualmente reoperações. O uso do AAS (ácido acetilsalicílico) pode contribuir para o quadro.**
- **Hérnia e infecção da ferida operatória, que quando ocorrem, independem da técnica cirúrgica utilizada.**
- **Fístula urinária (saída de urina permanente pela pele), necessitando futura correção.**
- **Uso de cateter plástico no ureter, num período mínimo de 15 dias.**
- **Em casos raros, em virtude de sangramento vultuoso, a nefrectomia (retirada cirúrgica do rim) pode ser uma salvadora.**
- **Embolia pulmonar (liberação de pequenos coágulos na circulação sanguínea).**
- **Lesões do ureter e pelve renal, necessitando reparo cirúrgico.**

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: LECO (litotripsia extracorpórea) e a cirurgia per-cutânea. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pielolitotomia / Nefrolitotomia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

V – Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

VI – Certifico que este formulário me foi explicado, que li ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi seu conteúdo.

Apesar de seu médico pode dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, 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.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____/____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Testemunha

Testemunha

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)

- () Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.
() Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Médico CRM N°

Médico CRM N°

REVOGAÇÃO:

Olinda, _____ de _____ de _____ Hora: ____:____

Paciente: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015