

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: RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE TUMOR VESICAL

I – Autorizo ao médico _____ CRM N° _____ e/ou o seu assistente _____ CRM N° _____ a realizar uma

Ressecção Endoscópica de Tumor de Bexiga, como forma de tratamento do tumor de bexiga.

II – O procedimento planejado para o tratamento da minha condição clínica fora a mim explicados pelo meu médico e como consequência desta operação deverei permanecer com uma sonda vesical por no mínimo dois dias.

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

● **Hemorragia na bexiga, necessitando eventualmente reoperações. O uso do AAS (ácido acetilsalicílico) pode contribuir para o quadro.**

● **Estreitamentos da uretra e colo da bexiga, necessitando correção futura.**

● **Perfuração da bexiga necessitando correção por cirurgia convencional.**

● **Embolia pulmonar (liberação de pequenos coágulos na circulação sanguínea).**

● **Algum tipo de disfunção sexual, embora raro, é relatado por alguns pacientes.**

IV – O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: radioterapia, quimioterapia, BCG e crioterapia. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a ressecção endoscópica do tumor de bexiga 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 e 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