

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Por este instrumento, eu declaro que:

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(s) alteração (alterações) e/ou hipóteses diagnóstica(s):

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

URO - CIRURGIAS DE VIAS URINÁRIAS

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

Lateralidade: ☐ Direita ☐ Esquerda ☐ Bilateral ☐ Não se aplica

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimentos cirúrgicos de vias urinárias são técnicas que visam o tratamento/cura de doenças relacionados ao trato urinário em homens e mulheres, que podem ocorrer através de práticas convencionais e também minimamente invasivas. Os procedimentos cirúrgicos de vias urinárias tem o objetivo de melhorar o estado de saúde de um paciente cuja patologia apresenta algum grau de comprometimento das vias urinárias, como por exemplo litíase (cálculos) ou tumores do trato urinário superior ou inferior. Para retirada/quebra de eventuais cálculos são empregadas diversas tecnologias, incluindo técnicas endoscópicas, cirúrgicas, laser, ondas sonoras (litotripsia), entre outras, cada um com indicações adequadas de acordo com localização, composição e tamanho dos cálculos. Para garantir a perviidade e continuidade do escoamento da urina produzida nos rins, podem ser necessárias diversas técnicas, que internamente podem envolver sutura (anastomose) das vias de escoamento (rim, ureteres, bexiga, uretra), além da colocação de sonda vesical (sonda exteriorizada pela uretra), de catéteres duplo J ou de nefrostomia (que drenam a urina produzida nos rins diretamente para a bexiga ou para ambiente externo), ou confecção de orifício na pele (Bricker) para saída de urina, entre outras. Sendo necessário o implante de cateteres no trato urinário durante o procedimento (como por exemplo o catéter duplo J ou sonda de nefrostomia), fui informado que o que o acompanhamento adequado posteriormente ao tratamento é imprescindível para evitar calcificação ou infecção dos cateteres, e que deverei manter esse acompanhamento adequadamente, sob minha responsabilidade.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente. Um dos objetivos é restituir ou evitar a interrupção do fluxo adequado da urina produzida nos rins. Manter este trajeto pérvio é importante para o funcionamento renal, evitando surgimento/piora de disfunções renais (que podem inclusive progredir eventualmente

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

para necessidade de diálise/transplante renal), infecções de repetição, dor/sangramento ou outras complicações. No caso do tratamento de tumores envolvendo a via urinária, o benefício também envolve o tratamento oncológico, com exérese (retirada) da lesão visando menor incidência de complicações por progressão local e maior probabilidade de evitar surgimento/progressão de lesões à distância, com maior sobrevida e melhor qualidade de vida.

Benefícios esperados adicionais:

ALTERNATIVAS E POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO

Alternativas ao tratamento foram discutidas em conjunto ao (a) médico responsável, de acordo com o quadro clínico apresentado com o objetivo de evitar o agravamento da condição clínica do paciente.

Alternativas e consequências adicionais:

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

A decisão de se submeter à cirurgia na grande maioria das vezes é pessoal e é o próprio paciente que decidirá se os benefícios estarão de acordo com seus objetivos e se os riscos e possíveis complicações são aceitáveis.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

- Sangramento/hematomas, podendo requerer inclusive novas abordagens;
- Infecção local/sistêmica;
- Complicações com eventuais feridas operatórias - acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor, cicatriz inestética;
- Complicações intra-abdominais;
- Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
- Traumas vasculares intra abdominais no momento da punção ou na colocação dos trocartes ou durante o procedimento;
- Lesões a outros órgãos intra-abdominais, incluindo a parede do reto (podendo requerer colostomia temporária);
- Possibilidade de formação de coleção líquida dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento;
- Hérnia incisional;
- Permanecer sem a emissão do sêmen durante o orgasmo;
- Possibilidade de permanecer com perda urinária (incontinência) temporária ou definitiva;
- Possibilidade de impotência sexual;
- Complicações acometendo o rim que podem requerer novas abordagens cirúrgicas e inclusive a retirada do órgão;
- Parada cardiorespiratória e suas implicações, incluindo óbito.

Estou ciente de que procedimentos minimamente invasivos (robô assistidos, vídeo-assistidos ou endoscópicos), por motivos técnicos ou relacionados ao paciente, podem ser convertidos a técnicas mais convencionais, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO**

As complicações associadas a este procedimento/cirurgia, ainda que incomum ou raras, variam de lesões simples a mais complicadas aqui não descritas que podem requerer acompanhamento em unidade de terapia intensiva após a cirurgia.

Compreendi que este procedimento/cirurgia é um dos tratamentos de escolha para a atual condição clínica, porém pode não ser a cura para tal condição. Compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, independentemente do tipo da cirurgia, da boa técnica cirúrgica e anestésica e da eficiência dos cuidados médicos.

Estou ciente de que, durante o procedimento, poderão ocorrer outras situações imprevisíveis ainda não diagnosticadas ou emergenciais que necessitem mudanças do procedimento proposto.

Estou ciente de que pode haver necessidade de transfusão de sangue.

Fui informado sobre a possibilidade de sentir dor durante e após o procedimento, e sobre as medidas adotadas pela instituição para o gerenciamento dessa dor.

Riscos potenciais adicionais:

REABILITAÇÃO

Fui informado de que, após a cirurgia, serei responsável pelo uso de medicações, pelo comparecimento às consultas de acompanhamento, devendo seguir rigorosamente as orientações de cuidado da equipe que me acompanha. Será necessário investimento financeiro em medicações, locomoção para consultas e cuidados pessoais. Compreendo também que aspectos psicológicos e emocionais são fatores que podem repercutir em todo o processo de recuperação.

Caso seja necessário a colocação de dreno/sonda/catéter Duplo J ou de Nefrostomia (entre outros), fui informado sobre uma previsão de permanência, porém somente na consulta de acompanhamento será possível definir com maior precisão por quanto tempo ele deverá ficar e quando deverei retirar o catéter implantado na cirurgia. Estou ciente que processo de reabilitação pós-operatório é importante para um bom resultado e consiste em um período variável definido pelo meu médico com base nas características do meu diagnóstico e no procedimento realizado. O período de recuperação de pacientes em tratamento é muito importante e varia de acordo com as características individuais e do tratamento recebido, cabendo a mim seguir estritamente as recomendações médicas para melhor adaptação e recuperação pós-cirúrgica. O(A) médico(a) responsável discutiu e explicou as orientações de reabilitação.

Orientações adicionais de reabilitação:

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: ____/____/____

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

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 exame anatomopatológico em materiais que sejam removidos durante o procedimento por laboratório de patologia associado ao Hospital São Rafael S.A.

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.

Fui informado(a) sobre o que é(são) o(s) procedimento(s) e riscos associados, alternativas possíveis ao procedimento, as consequências de não realizar o exame/tratamento/procedimento proposto e os problemas que poderão ocorrer no período de recuperação.

—

[] SIM [] NÃO - 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.

—

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).

Afirmo que recebi as orientações anterior ao procedimento.

____ ou _____
Paciente Responsável

Quando o paciente for menor de idade, ou que tenha responsável legal ou não possa assinar este documento

Nome: _____

RG: _____ Parentesco: _____

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.

Paciente: _____

Atendimento: _____ Data de nascimento: __/__/__

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

**Assinatura e
Nome do Médico / CRM**