

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 - TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA UROLITÍASE

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Procedimento cirúrgico endoscópico que consiste na introdução de um endoscópio (câmera de vídeo) através do orifício urinário natural (uretra), sem realizar incisões ou cortes, para tratamento dos cálculos (pedras) urinários. Este procedimento é realizado sob anestesia geral ou raquidiana. Existem diferentes tipos de endoscópios (rígidos, semirrígidos e flexíveis), que podem progredir até bexiga, ureter e rim, conforme a indicação de cada caso. Em cada caso é avaliado quais cálculos devem ser tratados e quais eventualmente devem seguir conduta conservadora ou ser abordados por outra técnica ou em um momento posterior. Esta decisão é baseada nas condições clínicas do paciente (como a presença de infecção ou disfunção renal), nos sintomas, nas características do cálculo (localização, tamanho, provável composição), entre outros. O endoscópio é um aparelho longo e fino, o que permite acesso nos canais por onde a urina é drenada (ureter e rim). Uma vez no local desejado e sendo identificado o cálculo (seja na bexiga, ureter ou rim), o cálculo pode ser retirado com uma pinça extratora ou fragmentado (de forma mecânica ou com auxílio de uma fibra ótica condutora de energia laser). Os fragmentos podem ser retirados com auxílio de pinça extratora ou, se a pulverização resultar em pedaços muito pequenos, ser eliminados espontaneamente na urina. Apesar de existirem aparelhos desenvolvidos para alcançar o ureter e até as cavidades renais, diferenças anatômicas nos diferentes indivíduos podem, em alguns casos, não permitir que o aparelho alcance todas as estruturas internas do rim (cálculos). A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia. A fonte de energia utilizada durante o procedimento é o laser. Apesar de bastante eficaz e segura, podem ocorrer complicações como perfurações e sangramento em um pequeno número de casos. Muito frequentemente o paciente permanece com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga e também um cateter no ureter (Cateter Duplo ??), totalmente implantado e não exteriorizado, para drenagem da urina.

Descrição adicional do procedimento:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente. O procedimento tem como objetivo reduzir o risco de complicações por obstrução, infecção, dor e reduzir o risco de progressão da perda de função renal.

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.

Situações/sintomas que podem ocorrer ocasionalmente após a cirurgia:

1. Ardência para urinar;
2. Sangue na urina, geralmente em pequena quantidade e sem repercussão clínica;
3. Sintomas decorrentes da presença de sonda e cateter duplo J, como aumento da frequência para urinar, desconforto sobre a bexiga, migração do cateter, dor lombar durante a micção;
4. Cólica renal resultante da eliminação de fragmentos de cálculos, coágulos de sangue ou edema do ureter pode ocorrer no pós-operatório necessitando de analgésicos.

Os possíveis riscos associados à cirurgia são:

5. Formação de coleções sanguíneas ou de urina (urinomas) no rim/ureter ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente (infrequente);
6. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, que podem evoluir com infecção urinária e dilatação do rim podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nephrostomia);
7. Possibilidade de infecção no trato urinário e/ou sistêmica (sepse), durante ou após o procedimento, mesmo com exame de urina pré-operatório com ausência de bactéria, requerendo tratamento desta complicação com prioridade, inclusive com retirada do rim em casos extremos;
8. Impossibilidade para atingir o cálculo ou sua remoção integral, pelo diâmetro desfavorável do ureter, dificuldades técnicas ou pelas condições cirúrgicas locais, sendo necessário manter o paciente com duplo J e tratar o cálculo em outra oportunidade;
9. Migração do cálculo ureteral para o rim durante a cirurgia, inclusive com possibilidade de não ser retirado (infrequente);
10. Estenose (estreitamento) ou lesão do ureter/rim (perfurações, avulsão, secção) e/ou da bexiga que poderão

Paciente: _____

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

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

requerer tratamento cirúrgico imediato por via aberta ou endoscópica;

11. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas (raro), podem ocorrer as seguintes complicações:

- a. Complicações locais da ferida operatória como acúmulo de líquido (seroma), inflamação, infecção, deiscência de pontos, dor ou dormência/alteração de sensibilidade regional, alteração cicatricial (cicatriz inestética, formação de queloide, cicatriz hipertrófica, retração cutânea, etc). Estas condições podem requerer abertura de pontos, drenagem, tratamento medicamentoso ou novos procedimentos/cirurgias;
- b. Sangramentos (hemorragias) que podem gerar hematomas superficiais ou profundos, necessitar de novos procedimentos cirúrgicos ou transfusão sanguínea;
- c. Risco de lesões a estruturas intra-abdominais (como vasos, aparelho digestório, trato urinário ou outros órgãos), incluindo a possibilidade de fístulas, como saída de urina/conteúdo digestivo pela ferida operatória e consequente realização de ostomias (como colostomia ou nefrostomia);
- d. Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos/cirurgias;
- e. Lesões pelo uso de eletro-cautério ou outros dispositivos usados para cortar e coagular estruturas durante o ato cirúrgico;

12. Possibilidade de insuficiência renal no pós operatório imediato ou tardio necessitando hemodiálise temporária ou definitiva;

13. Riscos gerais como complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo profissional anestesta), complicações sistêmicas e/ou de origem cardiovascular não diretamente associados ao ato cirúrgico, embolia, trombozes da veias profundas das pernas ou pulmão, atelectasia (colapso de segmentos pulmonares), infecção respiratória (pneumonia), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, choque vascular, parada cardiorrespiratória e morte súbita.

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/invasivas, de modo parcial ou total, quando a técnica inicialmente proposta se mostre inviável ou de risco importante.

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

Paciente: _____

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

Paciente ou _____
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.

Assinatura e
Nome do Médico / CRM