

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 - URETROTOMIA INTERNA

Detalhamento ou procedimentos adicionais:

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

A uretrotomia interna é um procedimento cirúrgico endoscópico indicado para o tratamento de estenoses (estreitamentos) da uretra. Consiste na incisão da área estreitada da uretra com o uso de lâmina fria ou energia (como eletrocautério ou laser), restabelecendo o fluxo urinário. O procedimento é realizado sob anestesia, geralmente raquidiana ou geral.

Descrição adicional do procedimento:

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Tais medidas de suporte visam atingir melhor estabilidade clínica do paciente. Especificamente, a uretrotomia interna tem como objetivo restaurar o fluxo urinário normal, aliviar sintomas como jato urinário fraco, esforço para urinar, retenção urinária e prevenir complicações como infecções urinárias e lesão 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. As opções podem incluir dilatações uretrais seriadas, observação clínica (em casos leves), uso de medicações, ou cirurgia aberta de reconstrução uretral (uretroplastia).

Alternativas e consequências adicionais:

Paciente: _____

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

ETIQUETA DO PACIENTE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO

RISCOS POTENCIAIS DO PROCEDIMENTO

Riscos específicos do procedimento incluem:

- Recorrência da estenose uretral, com necessidade de novos procedimentos;
- Sangramento uretral ou hematúria;
- Perfuração da uretra ou extravasamento de urina para tecidos adjacentes;
- Infecção urinária ou epididimite;
- Disúria, dor pélvica ou sensação de queimação urinária;
- Formação de falsas rotas uretrais;
- Alteração temporária ou permanente da ejaculação e/ou ereção;
- Possibilidade de permanecer com sonda no abdômen para drenagem de urina (cistostomia) temporariamente.

Riscos gerais:

- Complicações locais da ferida operatória como inflamação, infecção, dor ou alteração de sensibilidade regional, alterações cicatriciais (como cicatriz hipertrófica, retração, cicatriz inestética), podendo requerer cuidados adicionais;
- Sangramentos (hemorragias), podendo formar hematomas ou demandar nova abordagem cirúrgica;
- Infecção local/sistêmica, podendo requerer antibioticoterapia e/ou novos procedimentos;
- Lesões por dispositivos utilizados durante o procedimento;
- Complicações relacionadas ao ato anestésico (a serem melhor esclarecidas pelo anestesista), complicações cardiovasculares e sistêmicas, como trombose, embolia, infarto, AVC, arritmias, choque ou parada cardiorrespiratória.

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:

Paciente: _____

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

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

Fui informado de que, após o procedimento, 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.

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