

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA APLICAÇÃO INTRA-VESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE BEXIGA NEUROGÊNICA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar APLICAÇÃO INTRA-VESICAL DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA TRATAMENTO DE BEXIGA NEUROGÊNICA como forma de tratamento da Incontinência Urinária.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação permanecerei com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a orientação médica.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter vesical de forma intermitente.

2. Perfuração da bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.

3. Sangramento no pós-operatório, com necessidade de reabordagem cirúrgica para retirada de coágulos intra-vesicais.

6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.

7. Possibilidade de infecção urinária.

9. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.

10. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).

11. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

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

Data ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente: _____

Nome:(em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.