

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA URETERO-VAGINAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar um Reimplante Ureteral por Video-laparoscopia como forma de tratamento de Fístula Uretero-vaginal e suas complicações. Como resultado desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina e um cateter Duplo J no ureter.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Fístula ureteral com saída da urina pela incisão requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Não há garantia absoluta da cura da fistula, necessitando tratamento futuro
7. Aparecimento de refluxo vesicoureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
8. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

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, como conversão do procedimento para cirurgia aberta. 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.

A equipe médica explicou-me o procedimento e decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção da Fístula uretero-vaginal é a melhor indicação neste momento para meu tratamento.

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.: _____

Parentesco: _____

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 tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.