

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar cirurgia para correção de fístula véstico-vaginal como forma de tratamento de fístula vesico-vaginal e suas complicações. Inicialmente tentaremos a correção por via vaginal e caso não seja possível devido a eventuais dificuldades técnicas será convertida para cirurgia por via abdominal. Deverei permanecer com cateter uretral por 7 a 14 dias, e eventualmente com cateteres duplo-J.

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. Necessidade de reimplante dos ureteres e estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos;
4. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
5. Não há garantia absoluta da cura da fístula, necessitando tratamento futuro;
6. Aparecimento de refluxo vesicoureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico;
7. 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 os 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 véstico-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.