

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA FORMOLIZAÇÃO DE BEXIGA DEVIDO CISTITE ACTÍNICA.

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar FORMOLIZAÇÃO DE BEXIGA como forma de tratamento de cistite actínica e suas complicações. Infudiremos solução de formalina a 2% por 10 minutos na bexiga até que seja cessado o sangramento vesical, repetindo este procedimento por até 4 vezes. Posteriormente será mantido irrigação vesical.

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

1. Dor pélvica crônica;
2. Refluxo vésico-ureteral;
3. Piora da função renal;
4. Sintomas vesicais irritativos;
5. Incontinência urinária;

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.

Estou ciente também que a não resolução do sangramento ou mesmo as complicações inerentes a este procedimento podem requerer em breve a realização de CISTECTOMIA (retirada da bexiga).

A equipe médica explicou-me o procedimento e decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Formolização de Bexiga 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.