

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA

Eu, abaixo assinado, autorizo **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de litíase urinária.

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA é um procedimento terapêutico de tratamento de cálculos urinários que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução de um aparelho chamado nefroscópio através do qual é realizada a fragmentação e retirada do calculo.

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

1. Presença de sangue na urina após o tratamento.
2. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
3. Equimose ou hematomas no local da perfuração.
4. Formação de coleções de urina ou sangue no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
5. Extravasamento de urina ao redor do cateter ou da incisão.
6. Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
7. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
8. Lesão intestinal necessitando de colostomia.
9. Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
10. Formação de pseudoaneurisma ou fistula arterio-venosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.

11. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:

Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fistula).

Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.

Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.

Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.

Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

12. Devido às complicações acima mencionadas, pode ser necessário o início de diálise.

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.

A equipe médica explicou-me que existem outras alternativas terapêuticas para o meu caso porem, decidimos conjuntamente, eu e a equipe, que a NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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: _____

Nome(em letra de forma): _____ RG: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____ RG: _____

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.