

Eu, abaixo assinado, autorizo o **Dr. Luís Gustavo Toledo e os seus assistentes** a realizar uma ENTEROCISTOPLASTIA (AUMENTO DA CAPACIDADE VESICAL COM SEGMENTO INTESTINAL) e uma NEFRECTOMIA DIREITA (REMOÇÃO DO RIM DIREITO) como forma de tratamento DE COMPLICAÇÕES DE TUBERCULOSE URINARIA. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação PROVAVELMENTE NECESSITAREI REALIZAR CATETERISMO COM SONDA URETRAL DE ALIVIO 4 VEZES AO DIA PARA SEMPRE.

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

1. Deiscência da anastomose intestinal com necessidade de reoperação.
2. Deiscência da anastomose vesical.
3. Formação de abscesso intracavitário, com necessidade de drenagem cirúrgica.
4. Formação de Fístula urinaria com necessidade de reoperação.
5. Necessidade de realização de colostomia.
6. Necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
9. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.
10. Drenagem de muco na bexiga ampliada.

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 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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Nefrectomia + Enterocistoplastia 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: \_\_:\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

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