

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. **Rogério P. Moritz**, MD, PhD

Prof. Dr. **Flávio Lobo Heldwein**, MD, PhD

Disciplina de Urologia

Departamento de Cirurgia

Fone: +55 (48) 37219052

flavio.lobo@gmail.com

Fax: 5548 37219052

http://ccs.ufsc.br/cirurgia

Rua Prof Maria Flora Pausewang, s/n Florianópolis, SC – Brasil 88036-800

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL

Eu, abaixo assinado, autorizo os médicos urologistas e seus assistentes (SERVIÇO DE UROLOGIA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) a realizar uma RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL. como forma de tratamento do TUMOR VESICAL (BEXIGA).

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer por algumas horas ou dias com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

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

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à bexiga durante a ressecção.
3. Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
4. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
5. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
6. Necessidade de transfusão de sangue durante e/ou após a operação.
7. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
8. Possibilidade de necessitar repetir o tratamento futuramente.
9. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação durante o procedimento cirúrgico podendo ocorrer síndrome absorptiva.

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 que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, sepse (infecção generalizada), parada cardíaco-respiratória, problemas cardíaco-vasculares e respiratórios, tratamento em UTI.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Cirúrgico 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: _____ RG: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico. A **Sociedade Brasileira de Urologia** recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado **RESPEITA O DIREITO DO PACIENTE DE SER BEM INFORMADO E não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

Código de Ética Médica – Art. 59º - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade...

CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Os **problemas urinários** são comuns. Porém, muitas dúvidas sob tais problemas ainda existem e eu **autorizo os médicos da urologia, a incluir os dados do meu prontuário** para uma possível análise com o objetivo de revisão para pesquisa médica se, no futuro, estudos a respeito de problemas urinários forem aprovados pelo Comitê de Ética da UFSC. Confirmando que me foi garantido o anonimato **sem a possibilidade de me identificar** em tais revisões e que me foi garantido que **nenhum prejuízo para mim e para o meu tratamento acontecerá se eu não aceitar autorizar** a revisão destes dados. Portanto, Eu autorizo o **uso destes dados em forma de banco de dados** do Dr Flávio (urologia).

() Eu **dispensar a necessidade de ser contactado no futuro para uma nova autorização.**

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Médico: _____