

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 COLOCAÇÃO DE CATETER DUPLO J TRANSURETERAL

Eu, abaixo assinado, autorizo os médicos urologistas e seus assistentes (SERVIÇO DE UROLOGIA- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) a realizar uma COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL como forma de tratamento de obstruções ureterais. A COLOCAÇÃO DO CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico visando restabelecer a drenagem de urina através do ureter.

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

1. Presença de sangue na urina após o procedimento.
2. Deslocamento do cateter para bexiga necessitando recolocação
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
4. Estenose e ou lesão do ureter. Pode ser necessária a eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por coágulos, podendo evoluir com infecção local,
7. Lesão do ureter ou tecidos adjacentes necessitando de cirurgia aberta para correção da lesão.
8. Eliminação espontânea do cateter através da uretra podendo ser necessário a sua recolocação.
9. Desconforto em trajeto renouretral bem como irritabilidade da bexiga e urge-incontinência.
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico.

Fui informado e comprometo-me a remover o cateter no período de seis meses. Caso não procure o médico para remover o cateter assumirei toda responsabilidade desta minha atitude. Fui informado que a retirada deste cateter deverá ser realizada por via endoscópica e que a permanência do mesmo, além do prazo dado pelo médico, pode causar sérios danos como infecções, obstruções formação de cálculos e comprometimento da função renal.

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: