

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 CISTOLITOTOMIA

Eu, abaixo assinado, autorizo os médicos urologistas e seus assistentes (SERVIÇO DE UROLOGIA– HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) a realizar uma CISTOLITOTOMIA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO VESICAL.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e bexiga durante sete dias e um dreno cirúrgico para a saída de secreções e que será removido até quatro dias após a cirurgia.

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

1. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
2. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia
3. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Caso seja necessário a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:  
Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
8. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
9. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.

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, sepsse (infecção generalizada), parada cárdio-respiratória, problemas cárdio-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 da próstata** são comuns e relacionados ao envelhecimento do homem. Porém, muitas dúvidas sob a próstata 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 da próstata 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: