

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 **NEFROLITOTRIPSIA PERCUTANEA**

Eu, abaixo assinado, autorizo os médicos urologistas e seus assistentes (SERVIÇO DE UROLOGIA– HOSPITAL UNIVERSITÁRIO) a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO.

A **NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA** é um procedimento terapêutico que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução do nefroscópio e instrumentos destinados a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultra-sonografia.

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

1. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou **necessitar de mais de uma sessão de tratamento**.
2. Presença de sangue na urina após o tratamento.
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
4. Equimose ou hematomas no local da aplicação.
5. Formação de coleções sangüíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento.
7. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
8. Hemorragias com a necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
9. Lesão intestinal necessitando de colostomia.
10. Lesão de vasos sangüíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia. Formação de pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fistula). Conversão para cirurgia aberta.

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 necessitem 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, seps (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. 5º - 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.**