

**UROLITÍASE
CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTOMIA.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico _____e/ou seus assistentes 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 contraindicada;
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
5. Caso seja necessária a realização de cirurgias abertas, podem ocorrer as complicações seguintes:
Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula) ;
Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia;
Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento;
Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia;
Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

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 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.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: Cistolitotripsia endoscópica ou Retirada endoscópica do cálculo. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cistolitotomia 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: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

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.

A SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes. A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão por ele tomadas livremente.