

UROPEDIATRIA
CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA URETEROCELE.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor uma CORREÇÃO CIRÚRGICA ABERTA DA URETROCELE, como forma de tratamento da Ureterocele e suas complicações. Como resultado desta operação, meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina que será retirada alguns dias após a cirurgia.

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

1. Deiscência dos pontos da sutura;
2. Hérnia incisional na região da cirurgia;
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento;
4. Possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior;
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico;
6. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos;
7. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos;
8. Falha da descompressão da ureterocele requerendo novo procedimento cirúrgico;
9. Aparecimento de refluxo vésico-ureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico;
10. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento 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 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 existem outras alternativas para tratar a Ureterocele, mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção cirúrgica aberta da Ureterocele é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

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 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.