

## **UROLITÍASE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Médico \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCOPICA COM ENDOPIELOTOMIA como forma de tratamento de CÁLCULO URINARIO com estenose da junção ureteropielíca.

A NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCOPICA COM ENDOPIELOTOMIA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico chamado ureteroscópio geralmente flexível que é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A abertura da estenose da junção ureteropielíca pode ser realizada através de lâminas apropriadas e ou a laser

### **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. Estenose e ou lesão do ureter;
5. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente;
6. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nefrostomia);
7. Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação;
8. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário;
9. Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia;
10. O aspecto de “rim dilatado” e retenção de contraste na junção pieloureteral não desaparecerão imediatamente após a cirurgia. Estes resultados serão observados após prazo longo (06 meses em média);
11. 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);  
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 a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) Rodefla (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA 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.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ 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.**