

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA URETEROLITOTRIPSIA  
TRANSURETEROSCÓPICA**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma URETEROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA (retirada do cálculo do ureter ou rim por endoscopia) como forma de tratamento do CÁLCULO DE URETER OU RIM. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um cateter (sonda) na uretra e na bexiga e, possivelmente, também, com um cateter no ureter, ambos para drenagem da urina. Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Suspensão do procedimento por impossibilidade da realização de anestesia
2. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a retirada do cálculo
3. Perfuração do ureter podendo requerer tratamento cirúrgico imediato por via aberta
4. Dor ou desconforto no abd men requerendo medicamentos analgésicos
5. Presença de sangramento pela urina de pequena a moderada quantidade por alguns dias
6. Necessidade de endoscopia na bexiga para a retirada do catéter do ureter alguns dias depois do procedimento
7. Possibilidade de infecção no trato urinário requerendo futuro tratamento, inclusive com retirada do rim em casos extremos.
8. Possibilidade de desenvolvimento de estreitamento da uretra e/ou ureter, necessitando de tratamento futuro.

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 e possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns. Reconheço que outros riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as alternativas terapêuticas para meu caso poderiam ser o tratamento por Litotripsia Extracorpórea por onda de choque, por uma cirurgia convencional ou laparoscópica. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ureterolitotripsia Transureteroscópica é a melhor indicação neste momento para o meu quadro de cálculo.

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Testemunha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_