

CONSENTIMENTO INFORMADO CISTOLITOTRIPSIA

TRANSURETRAL E/OU PERCUTÂNEA

De acordo com o artigo 22 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2019) e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente as informações sobre seu estado de saúde e dos procedimentos aos quais será submetido.

Eu, _____

Data de nascimento ____/____/____ Identidade n°: _____

Órgão expedidor: _____, declaro que estou devidamente informado (a) que a cirurgia à qual vou me submeter será a **Cistolitotripsia Transuretral e/ou percutânea**.

Após ter sido informado(a) acerca da alternativa terapêutica, que consiste no emprego da Cistolitotripsia transuretral e /ou percutânea, diante das explicações e esclarecimentos da equipe médica acerca da proposta de sua aplicação, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s): **CISTOLITRIPSIA TRANSURETRAL E/OU PERCUTÂNEA**.

Recebi do médico(a) todas as explicações e esclarecimentos necessários, detalhados e claros sobre as técnicas utilizadas para a realização do procedimento ao qual serei submetido(a), as alternativas de tratamento, os benefícios e as possibilidades de ter os resultados esperados, os efeitos adversos, riscos, complicações e problemas potenciais que podem decorrer desse tratamento e das alternativas possíveis, inclusive durante a recuperação, além dos riscos que existem em não realizar o procedimento e não tomar atitude diante da natureza da(s) alteração(ões) diagnosticada(s). Pude fazer todas as perguntas que quis livremente e recebi respostas satisfatórias. Dentre os benefícios do emprego da técnica foram expostos, especialmente, os seguintes:

DIAGNÓSTICO: Hidronefrose, nefrolitíase e/ou ureterolitíase

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO: A cistolitotripsia é uma forma de tratamento para o cálculo urinário na bexiga. A cistolitotripsia transuretral é um procedimento terapêutico realizado com o auxílio de um aparelho endoscópico acoplado em uma micro câmera que é introduzido até a bexiga através da uretra (canal da urina). A cistolitotripsia percutânea é um procedimento terapêutico realizado através de um pequeno corte na região inferior do abdome através do qual é colocada uma cânula diretamente na bexiga. Um aparelho endoscópico conectado a uma micro-câmera é introduzido por essa cânula. Cada cálculo urinário é identificado no interior da bexiga e é desintegrado (quebrado) por meio de ondas ultra-sônicas, litotripsia balística e/ ou laser. Os fragmentos resultantes são aspirados, removidos com uso de cestas especiais, pinças endoscópicas ou eliminados espontaneamente na urina.

RISCOS, COMPLICAÇÕES: Os possíveis riscos e complicações 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 (infrequente);
2. Presença de sangue na urina após o tratamento (comum);
3. Dor leve ou desconforto ao urinar resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou da introdução do aparelho pelo canal (comum);
4. Estreitamento e/ou lesão grave da uretra (raro);
5. Obstrução da uretra por fragmentos de cálculos e/ou coágulos, que pode evoluir com infecção local,

podendo ser necessária a passagem de um cateter na uretra ou drenagem por um cateter inserido diretamente na bexiga (raro);

6. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatoria por algum tempo (fístula) (infrequente);
7. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia (comum);
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento (infrequente);
9. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada (comum);
10. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário (raro);
11. Caso seja necessário à realização de cirurgia aberta, podem ocorrer as seguintes complicações:
 - 11.1 Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula) (infrequente). Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia (infrequente); Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento (infrequente). Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada (comum).
12. Risco de óbito.

Declaro, adicionalmente, que:

1. Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas e que recebi todas as respostas da equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao Procedimento e as operações a qual o Paciente será submetido, exceto em casos emergenciais, onde este termo poderá ser adquirido e inclusive registrado em outros formatos específicos.
2. Tendo sido informado acerca dos Tratamentos Alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações riscos apresentados acima e suas possíveis complicações, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.
3. Assim, declaro também estar ciente de que o Procedimento não implica necessariamente na cura, e que a evolução da doença e o tratamento poderão eventualmente modificar condutas inicialmente propostas.
4. Caso aconteça alguma intercorrência, serei avaliado e acompanhado pelo Médico, de tal modo que autorizo a realização de outro procedimento, ainda que invasivo, inclusive terapias alternativas, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos, sendo tal autorização necessária para afastar os riscos prejudiciais à minha saúde e à vida.
5. Para realizar o Procedimento, (i) será necessária a aplicação de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiológico; e que estou ciente também que os riscos, benefícios e alternativas de cada procedimento anestésico, são objeto do Consentimento Livre e Esclarecido específico, [a ser emitido pelo médico anestesiológico] ou [emitido pelo médico anestesiológico e já assinado pelo Paciente ou o seu responsável] e (ii) **PODERÁ SER NECESSÁRIA A INFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES (TRANSFUSÃO DE SANGUE) NO PACIENTE.** A transfusão de sangue e hemocomponentes é o procedimento pelo qual ocorre a transferência de certa quantidade de sangue ou de alguns de seus componentes (concentrado de hemácias, plasma fresco, plaquetas ou crioprecipitado etc), de um indivíduo-doador para o Paciente-receptor. Apesar dos hemocomponentes serem preparados e testados de acordo com normas rígidas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), complementadas por normas internacionais de transfusão, existe a possibilidade de ocorrerem reações adversas à transfusão. As reações poderão ser leves ou graves, imediatas ou tardias, apresentando sintomas como náuseas, febre, sudorese, calafrios, ou ainda dispneia, e serem classificadas como reações alérgicas, reações febris não hemolíticas, hemolíticas agudas, lesão pulmonar aguda associada à transfusão, hipotensão, sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, doenças infecciosas, dentre outras. Mesmo com a observância e realização de todos os exames sorológicos previstos em lei para garantir a segurança transfusional, existe o risco de a transfusão transmitir doenças infecciosas (tais como hepatite B e C, HIV, Chagas, Sífilis).

6. Para a realização do Procedimento será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico e em alguns casos a utilização de fixadores que são de extrema importância para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica. Devido à impossibilidade de mobilização do Paciente e a utilização de fixadores, durante o procedimento podem ocorrer lesões/hematomas nas superfícies corpóreas que fiquem sobre pressão. Com objetivo de minimizar os riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos, e, quando possível, a mobilização corpórea.

7. Em decorrência da manipulação cirúrgica de órgãos e tecidos após o procedimento, o Paciente poderá apresentar incômodos dolorosos e, caso necessário, após avaliação clínica e desejo do Paciente, poderão ser administrados fármacos para controle algico.

8. Os registros fotográficos da pele ou lesões, caso ocorram, são autorizados e ficarão limitados aos profissionais de saúde do Hospital Socor.

9. Autorizo que qualquer tecido seja removido cirurgicamente e que seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Certifico que li este termo, o que foi explicado pra mim, pelo Médico e sua equipe, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível ao leigo em medicina e que compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma igualmente compreensível, não restando assim nenhuma dúvida adicional

Pleno deste entendimento, **autorizo a realização do Procedimento proposto e dos demais procedimentos aqui estabelecidos.**

Belo Horizonte, _____, de _____ de _____.

Assinatura do paciente/responsável(*)

Assinatura/CRM/carimbo do médico
responsável pelo
Termo de Consentimento