

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: ()M ()F

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIMENTO PARA PROCEDIMENTO DE URETERORRENOLITOTRIPSIA

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, esclarecendo as dúvidas junto ao médico, equipe de funcionários e prestadores de serviço da Cliu Clínica Urológica.

Este espaço deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável, com a participação do médico assistente.

Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____ - _____

() Paciente / () Responsável (grau de parentesco: _____). Declaro que:

1.) Fui informado pelo médico abaixo identificado, de que as avaliações e exames realizados revelam:

2.) Compreendo que há indicação de: Tratamento endoscópico do Cálculo de Ureter e que ao tratar a (s) supracitada (s) condição (ões) poderá (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticada (s) pelo(s) exame (s) referido(s) acima, assim como também poderá(ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) ou fora do controle da equipe médica;

3.) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecções, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, especificamente quanto a este procedimento, as principais complicações são: Perfuração ureteral e fístula, colocação de cateter ureteral com necessidade de retirada, cirurgia aberta, não retirada do cálculo, dor pós-operatória, estenose de ureter;

as alternativas possíveis são: Uso de analgésicos;

e os riscos por não tomar qualquer atitude terapêutica são: Piora da função renal e até a perda do rim, dor intensa, infecção grave, ruptura renal;

4.) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto, será necessário o emprego de anestesia, cujo métodos, as técnicas e os fármacos são indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.

5.) Autorizo o médico abaixo identificado, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.

6.) Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, e que sejam compatíveis com as boas práticas cirúrgicas vigentes.

7.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, qualquer espaço, parágrafo ou palavra com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura Paciente e/ou Responsável: _____

Este espaço deve ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiar, o propósito, benefícios, riscos e as alternativas para o tratamento descrito. Acredito que o paciente / responsável entendeu o que expliquei.

Brasília/DF, _____ de _____ de _____ Hora: _____:_____

Assinatura/ Carimbo: _____ CRM: _____