



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Procedimento: Ureterorrenolitotripsia Flexível**

### Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**Identificação do Responsável:** (No caso de Paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado):

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Por este instrumento particular, declaro, para todos os fins de direito que, em especial para fins do disposto nos artigos 6º, III e 39, VI, ambos da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, **que, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, dá total autorização** ao médico para proceder às investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o Procedimento Cirúrgico designado **FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)**, a ser realizado no Hospital Nossa Senhora das Dores.

Assim sendo, declaro que o Médico, atendendo ao que determinam os artigos 22 e 34 da Resolução CFM no. 1.931/09 do Código de Ética Médica e após a apresentação de métodos médicos alternativos, sugeriu o Procedimento, prestando as informações detalhadas sobre o estado de saúde do paciente, diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizados, em especial as que seguem abaixo:

**DIAGNÓSTICO:** Nefrolitíase e/ou Ureterolitíase

**DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO:** Consiste na introdução de um endoscópio ( aparelho longo, semirrígido com câmera de vídeo) através da uretra até o ureter (o canal que comunica o rim à bexiga) sem incisões ou cortes, para tratamento dos cálculos (pedras) urinários localizados no seu interior. O cálculo é identificado e fragmentado com auxílio de uma haste rígida específica para fragmentar a pedra ou uma fibra condutora de energia laser. Os fragmentos são então retirados com pinças extratoras. O cálculo pode também ser pulverizado em pedaços bem pequenos que são eliminados espontaneamente na urina. A localização do cálculo se faz por aparelhos de raios X. Muito frequentemente o paciente continua com um cateter (sonda) na bexiga que é exteriorizado pela uretra por algumas horas, assim como um segundo cateter no ureter para drenagem da urina, totalmente implantado e não exteriorizado, denominado cateter Duplo J.

**RISCOS E COMPLICAÇÕES:** O acesso ao ureter e ao cálculo pode não ser possível devido as condições anatômicas locais como diâmetro desfavorável do ureter, estreitamentos, tortuosidades etc., sendo necessário a inserção de um cateter duplo J e tratar o cálculo posteriormente. Falhas de equipamentos podem acontecer, impedindo a realização da cirurgia. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário para resolução do quadro. Alguns sintomas leves, como ardência para urinar e sangue na urina, geralmente em pequena quantidade e sem repercussão clínica, podem

estar presentes no pós-operatório. Sintomas decorrentes da presença de sonda e cateter duplo J, como aumento da frequência para urinar, desconforto sobre a bexiga, migração do cateter, dor lombar durante a micção podem acontecer.

**TRATAMENTOS ALTERNATIVOS:** litotripsia extracorpórea, nefrolitotripsia percutânea e laparoscopia

Declaro, que:

Tive oportunidade de livremente perguntar todas as dúvidas junto a equipe médica, a qual me esclareceu todas as dúvidas relativas ao procedimento a qual o paciente será submetido, exceto em casos emergenciais.

Tendo sido informado acerca dos tratamentos alternativos acima, opto livremente pela realização do Procedimento, ainda que ele apresente os riscos e possíveis complicações apresentadas acima, sendo algumas delas, por vezes, imprevisíveis.

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.

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.

Para realizar o procedimento proposto, 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.

Declaro esta ciente que poderá ser necessária a administração de sangue e seus componentes. 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 dispnéia, 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.

Para a realização do procedimento, será necessário realizar o posicionamento cirúrgico específico, e em determinadas situações, utilizar dispositivos de fixação, os quais são fundamentais para que o cirurgião consiga realizar a técnica cirúrgica com precisão. Devido à imobilização do paciente e ao uso desses fixadores, poderão ocorrer, durante o procedimento, marcas, lesões ou hematomas nas áreas do corpo que ficarem sobre pressão. Com intuito de reduzir esses riscos de lesão, a Instituição realiza a proteção de proeminências ósseas, disponibiliza colchonetes com densidade apropriada, dentre outros dispositivos.

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 dor.



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

Estou ciente de que poderei revogar o presente termo de consentimento a qualquer momento, bastando para tanto que comunique minha decisão ao meu médico e assine o termo de revogação, no momento da declaração da vontade de não realização do procedimento descrito acima.

Certifico que li este termo, o que qual me foi explicado pelo médico e por sua equipe, de forma clara, objetiva e em linguagem acessível e que compreendo e concordo com todas as informações que me foram prestadas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira igualmente compreensível, não restando, assim, nenhuma dúvida adicional.

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

Itabira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do Paciente**

---

**Assinatura do Responsável**

Confirmo que expliquei detalhadamente ao(à) Paciente ou ao(à) Responsável, o propósito, os riscos, os benefícios, os prognósticos e as alternativas para o(s) Procedimento acima descrito.

---

**Assinatura do Médico Assistente e carimbo**