

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeri o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: é um procedimento terapêutico que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução do nefroscópio e instrumentos destinados a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultrassonografia. A endopielotomia consiste na secção da junção ureteropielica através do mesmo trajeto cutâneo-renal.

COMPLICAÇÕES:

- A fragmentação do (s) cálculo (s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento;
- Presença de sangue na urina após o tratamento;
- Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do (s) cálculo (s);
- Equimose ou hematomas no local da aplicação;
- Formação de coleções sanguíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente;
- Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento;
- Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim;
- Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação;
- Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário;
- Lesão intestinal necessitando de colostomia;
- Lesão de pleura, necessitando tratamento invasivo (punção ou drenagem);
- Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia;
- Formação de pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização;
- 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;
 - ✓ Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM – 3.11.01.53-4

CID –N20.0

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, AUTORIZO de forma expressa sua realização.

Campos dos Goytacazes (RJ) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

Nome: _____

RG/CPF: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Código de Ética Médica – Resolução CFM nº1.931/09:

É vedado ao médico:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 24 - Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31 – Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9 – O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art.39 – É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização.