

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_ ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do 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 \_\_\_\_\_ proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “CISTOSCOPIA” e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**Estou ciente de que:**

1. Através deste procedimento pretende-se diagnosticar e/ou eliminar, se for o caso, as causas do quadro clínico;
2. Para este caso, não há alternativa eficaz para o diagnóstico, e os exames radiológicos, ecográficos e laboratoriais são complementares;
3. Esta técnica é indicada para um quadro de hematuria, cistite de repetição, por vezes de dúvidas suscitadas por outros exames, assim como para as revisões após ressecção de tumores da bexiga. Pode, por vezes, colocar-se ou retirar-se um cateter no ureter;
4. Através desta técnica, utilizando um endoscópio, o médico tem acesso visual ao interior da bexiga e da uretra;
5. Durante o procedimento poderão ser captadas imagens para fins científicos ou didáticos, prezando pelo sigilo do paciente;
6. O procedimento realiza-se inserindo um endoscópio através da uretra em regime ambulatorial ou hospitalar e sob anestesia local (gel anestésico na uretra), o que reduz as queixas e as torna toleráveis. Pode-se, por vezes, optar-se por realizar este procedimento sob anestesia regional ou geral, quer por minha decisão, quer devido a um alto risco de recidiva de um tumor vesical ou por ser necessária alguma manipulação complementar;
7. Em caso de necessidade de administração de anestesia, serei informado dos riscos pelo Serviço de Anestesia;
8. Antes do exame, ou no momento deste, pode-se administrar profilaxia antibiótica contra uma possível infecção;
9. Uso de Bisturi elétrico que pode causar queimaduras.

**COMPLICAÇÕES:**

Apesar da adequada escolha da técnica e de sua correta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto com os comuns derivados de toda intervenção, e que podem afetar todos os órgãos ou sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir obter um diagnóstico; hemorragia, tanto durante o ato cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser muito diversas, dependendo do tipo de tratamento necessário; síndrome de reabsorção líquida, devido ao extravasamento inevitável do líquido de irrigação para a corrente sanguínea, ainda que seja uma ocorrência pouco frequente; infecção urinária ou geral de consequências imprevisíveis; perfuração vesical, devido a dificuldades de introdução do cistoscópio; dano vesical por patologia própria ou em consequência de obstruções prolongadas, ainda que sejam invulgares e não exijam sempre um tratamento específico; estenoses uretrais, devido a própria manipulação uretral à passagem do cistoscópio; e quadro febril, apesar da profilaxia antibiótica. O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros, etc), no entanto podem levar à necessidade de uma intervenção por vezes de urgência, incluindo risco de mortalidade.

**CBHPM** – \_\_\_\_\_ **CID** – \_\_\_\_\_**Infecção relacionada à assistência à saúde**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**EXAME ENDOSCÓPICO - CISTOSCOPIA**

XXX XXX 0XX

Página 2 de 3

Cirurgias limpas: até 4%  
Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%  
Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento pode obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já e independente de obter novos termos de consentimento, em caso de impossibilidade, nos termos do artigo 22, do Código de Ética Médica, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Petrolina, PE. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

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

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Ass. Testemunha Ass. Testemunha

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

RG/CPF: \_\_\_\_\_

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

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22.** É vedado ao médico 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. 34.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º**

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. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> <b>EXAME ENDOSCÓPICO - CISTOSCOPIA</b>	XXX XXX 0XX
		Página 3 de 3

abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.