



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
PIELOLITOTOMIA (CALCULOSE RENAL)**

TER.ESP.0322/02  
Implantação: 09/2011  
2ª Revisão: 09/2022  
Classificação: RESTRITO

Por este instrumento particular o (a) paciente \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**PIELOLITOTOMIA (CALCULOSE RENAL)**”, 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:

**DEFINIÇÃO:** remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias.


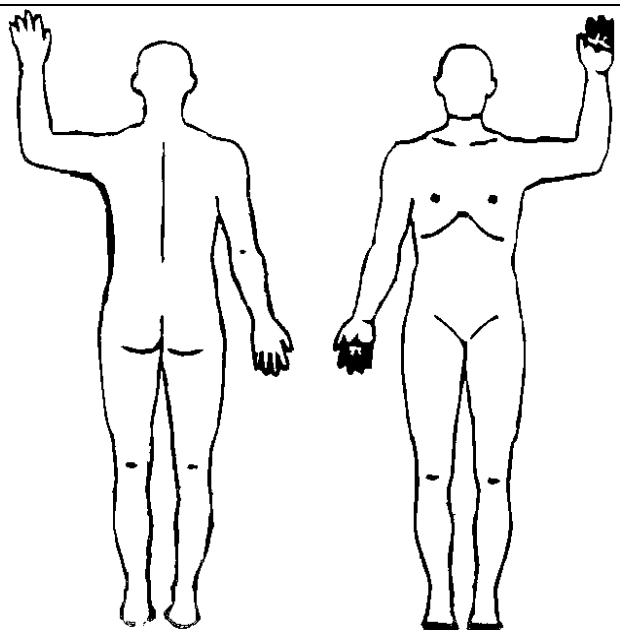
**COMPLICAÇÕES:**

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
3. Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total).
4. Necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nephrostomia).
5. Necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico.
6. Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
7. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
8. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
9. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
10. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
11. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
12. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

CBHPM - 3.12.03.07-8

CID - N28.8

**Todo procedimento cirúrgico ou terapêutico invasivo possível de ter mais do que uma localização de abordagem deverá ser demarcado:**

DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE		IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO: 
CIRURGIA DO MEMBRO:		
<b>LADO DIREITO</b>	<b>LADO ESQUERDO</b>	
<input type="checkbox"/> Olho direito	<input type="checkbox"/> Olho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Orelha direita	<input type="checkbox"/> Orelha esquerda	
<input type="checkbox"/> Pulmão direito	<input type="checkbox"/> Pulmão esquerdo	
<input type="checkbox"/> Ombro direito	<input type="checkbox"/> Ombro esquerdo	
<input type="checkbox"/> Braço direito	<input type="checkbox"/> Braço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Antebraço dir.	<input type="checkbox"/> Antebraço esquerdo	
<input type="checkbox"/> Mão direita Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Mão esquerda Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda	
<input type="checkbox"/> Rim direito	<input type="checkbox"/> Rim esquerdo	
<input type="checkbox"/> Glúteo direito	<input type="checkbox"/> Glúteo esquerdo	
<input type="checkbox"/> Coxa direita	<input type="checkbox"/> Coxa esquerda	
<input type="checkbox"/> Perna direita	<input type="checkbox"/> Perna esquerda	
<input type="checkbox"/> Joelho direito	<input type="checkbox"/> Joelho esquerdo	
<input type="checkbox"/> Pé direito Se Dedo, qual:	<input type="checkbox"/> Pé esquerdo Se Dedo, qual:	
<input type="checkbox"/> Outros:		



**TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO  
PIELOTOTOMIA (CALCULOSE RENAL)**

TER.ESP.0322/02  
Implantação: 09/2011  
2ª Revisão: 09/2022  
Classificação: RESTRITO

**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:

- 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 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, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido 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.**

Chapecó (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico Assistente  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica - Art. 22º.** 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. 34º.** 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, devendo, 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 abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.