



**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO
NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM
ENDOPIELOTOMIA**

TER.ESP.0334/02
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 “NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA”, 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: procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico chamado ureteroscópio geralmente flexível que é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas ou a laser. A abertura da estenose da junção ureteropielica pode ser realizada através de lâminas apropriadas e ou a laser.

COMPLICAÇÕES:

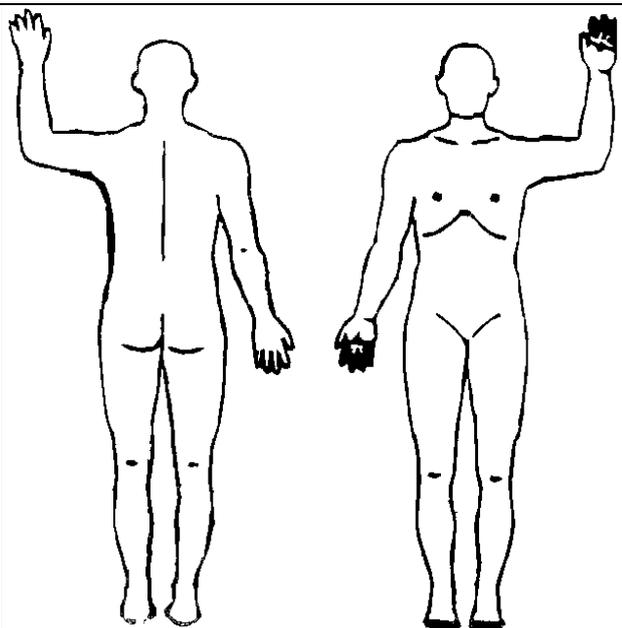
1. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
2. Presença de sangue na urina após o tratamento.
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
4. Estenose e ou lesão do ureter.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter no ureter (duplo J) ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim (nephrostomia).
7. Hemorragias com a necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
8. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
9. Lesão de vasos sangüíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
10. O aspecto de “rim dilatado” e retenção de contraste na junção pieloureteral não desaparecerão imediatamente após a cirurgia. Estes resultados serão observados após prazo longo (06 meses em média).
11. 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.

CBHPM - 3.11.01.55-6

CID - N20.0

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

| DEMARCAÇÃO DE LATERALIDADE | |
|---|---|
| CIRURGIA DO MEMBRO: | IDENTIFICAR A ÁREA A SER OPERADA COM UM ALVO:  |
| LADO DIREITO | LADO ESQUERDO |
| <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 | <input type="checkbox"/> Mão esquerda |
| Se Dedo, qual: | 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 | <input type="checkbox"/> Pé esquerdo |
| Se Dedo, qual: | Se Dedo, qual: |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |





**TERMO DE CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO
NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM
ENDOPIELOTOMIA**

TER.ESP.0334/02
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.