

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

**CISTOLITOTOMIA/ENDOLITOTRÍCIA
VESICAL**

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Através desta técnica, são extraídos os cálculos da bexiga por cirurgia aberta ou endoscópica (cistolitotomia ou litotricia vesical endoscópica), dependendo das dimensões do cálculo ou cálculos e da causa (em geral patologias que original obstrução do colo vesical ou da uretra – hiperplasia benigna da próstata, estenose da uretra, ou outras). No final da intervenção, coloca-se uma sonda por via uretral e/ou drenagem suprapúbica, que se retirará posteriormente.

Benefícios:

Remoção dos cálculos vesicais, resolução da sintomatologia, prevenir complicações originadas pelos cálculos vesicais tais como infecções urinárias, retenção urinária de gravidade variável.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comuns (até 10%):

- Não conseguir a extração de todos os cálculos, exigindo tratamento suplementar;
- Recidiva dos cálculos;
- Desenvolvimento de estenose do colo vesical ou da uretra;
- Infecção urinária, da ferida
- Lesão da bexiga ou da uretra com aparecimento de fistula urinária;
- Hematúria de intensidade variável, que pode exigir transfusão;
- Tromboembolismo venoso profundo ou pulmonar

Raras:

- Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
- Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia.
- Possibilidade de sensação de dormência da pele em torno da região operada.
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira)
- Complicações hemorrágicas ou infecciosas com risco vital

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existe

Riscos do não tratamento:

Manutenção dos cálculos vesicais, agravamento da sintomatologia, infeções urinárias recidivantes, sépsis, insuficiência renal grave com necessidade de diálise, complicações das infeções urinárias ou da insuficiência renal com risco de morte

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: _____ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): _____

Unidade de saúde: _____ Contato institucional do profissional de saúde: _____

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente:

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Data: _____ Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº _____ DATA OU VALIDADE _____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Cópia para
o doente

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

CONSENTIMENTO INFORMADO

CISTOLITOTOMIA/ENDOLITOTRÍCIA

VESICAL

Situação clínica:

Descrição do ato/intervenção, sua natureza e objetivo:

Através desta técnica, são extraídos os cálculos da bexiga por cirurgia aberta ou endoscópica (cistolitotomia ou litotricia vesical endoscópica), dependendo das dimensões do cálculo ou cálculos e da causa (em geral patologias que original obstrução do colo vesical ou da uretra – hiperplasia benigna da próstata, estenose da uretra, ou outras). No final da intervenção, coloca-se uma sonda por via uretral e/ou drenagem suprapúbica, que se retirará posteriormente.

Benefícios:

Remoção dos cálculos vesicais, resolução da sintomatologia, prevenir complicações originadas pelos cálculos vesicais tais como infecções urinárias, retenção urinária de gravidade variável.

Complicações relacionadas com o procedimento:

Comuns (até 10%):

- Não conseguir a extração de todos os cálculos, exigindo tratamento suplementar;
- Recidiva dos cálculos;
- Desenvolvimento de estenose do colo vesical ou da uretra;
- Infecção urinária, da ferida
- Lesão da bexiga ou da uretra com aparecimento de fistula urinária;
- Hematúria de intensidade variável, que pode exigir transfusão;
- Tromboembolismo venoso profundo ou pulmonar

Raras:

- Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
- Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia.
- Possibilidade de sensação de dormência da pele em torno da região operada.
- Possibilidade de cicatrizes com formação de queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira)
- Complicações hemorrágicas ou infecciosas com risco vital

Atos/intervenções alternativas fiáveis e cientificamente reconhecidas:

Não existe

Riscos do não tratamento:

Manutenção dos cálculos vesicais, agravamento da sintomatologia, infeções urinárias recidivantes, sépsis, insuficiência renal grave com necessidade de diálise, complicações das infeções urinárias ou da insuficiência renal com risco de morte

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Director: Prof. Arnaldo Figueiredo

Parte declarativa do profissional

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde: _____

Data: _____ Assinatura, número de cédula profissional ou número mecanográfico (se não aplicável a primeira disposição): _____

Unidade de saúde: _____ Contato institucional do profissional de saúde: _____

À Pessoa/representante

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Parte declarativa da pessoa que consente:

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: _____

Data: _____ Assinatura: _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima):

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº _____ DATA OU VALIDADE _____

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____

ASSINATURA: _____

NOTA: ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUAS VIAS – UMA PARA O PROCESSO E OUTRA PARA FICAR NA POSSE DE QUEM CONSENTE.