

## MODELOS DE TERMOS DE CONSENTIMENTOS PÓS- INFORMADOS EM UROLOGIA

Prezado Colega,

Há cerca de 30 anos nos principais países do mundo, têm sido implantado como rotina os Termos de ConsentimentoS Pós-Informados para pacientes que são submetidos a procedimentos ou cirurgias.

No Brasil, há vários anos, são aplicados por hospitais e profissionais de diversas especialidades que os utilizam forma sistemática.

O Termo de Consentimento Pós-Informado não é um documento obrigatório; tampouco exige o profissional de processos na justiça ou no Conselho Regional de Medicina. Entretanto, nessas alçadas, poderá ter um valor atenuante a favor do médico.

A Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional da SBU, dando continuidade ao trabalho iniciado na gestão passada, tem o privilégio de apresentar 35 modelos de Termos de Consentimentos Pós-Informados dos mais comuns procedimentos e cirurgias da especialidade.

Foram avaliados pelos membros integrantes da Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional; Departamento Jurídico da SBU e respectivos Departamentos de Subespecialidades, a saber: Endourologia e Laparoscopia, Uro-Oncologia, Litíase, Uropediatria, Andrologia e Uroginecologia.

Estão enumerados dentro de cada subespecialidade. Futuramente novos modelos de Termos de Consentimentos Pós-Informados para outros procedimentos ou cirurgias poderão integrar esse acervo.

O colega tem agora um modelo que poderá ser utilizado na íntegra ou modificado de acordo com suas necessidades e conveniências.

Atenciosamente,

***Helio Begliomini***  
Presidente da Comissão de Ética  
Médica e Defesa Profissional da SBU

***Ronaldo Damião***  
Secretário Geral da SBU

***Walter José Koff***  
Presidente da SBU



## URO-ONCOLOGIA 04

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma AMPUTAÇÃO PARCIAL DO PÊNIS (retirada de parte do pênis) como forma de tratamento do Câncer de Pênis. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei ter meu pênis reduzido de tamanho e permanecer com um cateter vesical por alguns dias ou até mesmo em definitivo caso aconteçam circunstâncias que impossibilitem uma micção adequada pelo coto uretral.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema no coto peniano e/ou escroto.
5. Dificuldade ou impossibilidade de penetração vaginal.
6. Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
7. Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de pênis e suas complicações.
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Amputação Parcial do Pênis é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## URO-ONCOLOGIA 03

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AMPUTAÇÃO TOTAL DO PÊNIS

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma AMPUTAÇÃO TOTAL DO PÊNIS (retirada total do pênis) como forma de tratamento do CÂNCER DE PÊNIS. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação, deverei ter meu pênis retirado completamente, não poderei ter ereções, deverei urinar por um orifício criado na região entre o escroto e o ânus (períneo) ou em algum outro local anatômico conforme decisão no momento da cirurgia e permanecer com um cateter na bexiga por alguns dias. Além da possibilidade de cistostomia definitiva.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema no escroto ou em outras regiões adjacentes.
5. Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
6. Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de pênis e suas complicações.
7. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
8. Impossibilidade de manter relações sexuais.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Amputação Total do Pênis é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente:\_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma):\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Testemunha:\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Testemunha:\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## **ANDROLOGIA 02**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DA CURVATURA PENIANA NA DOENÇA DE PEYRONIE.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma CIRURGIA PARA CORREÇÃO DA CURVATURA PENIANA DETERMINADA PELA DOENÇA DE PEYRONIE

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Possibilidade de ocorrer encurtamento peniano após a cirurgia.
2. Possibilidade de não se corrigir completamente a curvatura do pênis.
3. Presença de pontos de sutura que poderão ser sentidos abaixo da pele do pênis.
4. Dor ou desconforto no pênis requerendo medicamentos analgésicos.
5. Presença de edema e/ou hematomas do pênis requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
6. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Perda da sensibilidade em alguns locais do pênis, principalmente na glândula conseqüente a necessidade de dissecação do feixe vasculonervoso do pênis.
9. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
10. Suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes ao seu início ou mesmo já tendo sido iniciado devido a condição clínica surgida naquele momento.
11. Cicatriz cirúrgica esteticamente inadequada como por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cirurgia para Correção da Curvatura Peniana é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROPEDIATRIA 06

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DO REFLUXO VESICoureTERAL.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor .....uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE REFLUXO VESICoureTERAL como forma de tratamento do REFLUXO VESICoureTERAL e suas complicações. Como resultado desta operação meu filho(a) deverá permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Fístula ureteral com saída da urina pela incisão requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
4. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Não há garantia absoluta da cura do refluxo, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
7. Aparecimento de refluxo vesicoureteral contralateral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
8. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar do Refluxo Vesicoureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica do Refluxo Vesicoureteral é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho (a).

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

### UROLITÍASE 03

#### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTOMIA .

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTOMIA (remoção de cálculo de bexiga através de cirurgia convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO VESICAL.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter na uretra e bexiga durante sete dias e um dreno cirúrgico para a saída de secreções e que será removido até quatro dias após a cirurgia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula)
2. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no local da cirurgia
3. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: Cistolitotripsia endoscópica ou Retirada endoscópica do cálculo. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Cistolitotomia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 02

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO. A CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico destinado a desintegrar (quebrar) cálculos de via urinária por meio de ondas ultra-sônicas, eletro-hidráulicas e/ou a laser.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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. Dores resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s).
4. Estenose e ou lesão da uretra.
5. Obstrução uretral por fragmentos de cálculos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a passagem de um cateter na uretra ou eventual drenagem por um cateter diretamente na bexiga.
6. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.]
7. 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**



## ENDOUROLOGIA 01

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma COLOCAÇÃO DE CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL como forma de tratamento de obstruções ureterais. A COLOCAÇÃO DO CATÉTER DUPLO J TRANSURETERAL é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico visando restabelecer a drenagem de urina através do ureter.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Presença de sangue na urina após o procedimento.
2. Deslocamento do cateter para bexiga necessitando recolocação
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
4. Estenose e ou lesão do ureter.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por coágulos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
7. Lesão do ureter ou tecidos adjacentes necessitando de cirurgia aberta para correção da lesão.
8. Eliminação espontânea do cateter através da uretra podendo ser necessário a sua recolocação.
9. Desconforto em trajeto renouretral bem como irritabilidade vesical e urge-incontinência.
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico.

Fui informado e comprometo-me a remover o cateter no período máximo de quatro meses. Caso não procure o médico para remover o cateter assumirei toda responsabilidade desta minha atitude. Fui informado que a retirada deste cateter deverá ser realizada por via endoscópica e que a permanência do mesmo, além do prazo dado pelo médico, pode causar sérios danos como infecções, obstruções formação de cálculos e comprometimento da função renal.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a COLOCAÇÃO DO CATETER DUPLO J TRANSURETERAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

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

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROPEDIATRIA 05

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA URETEROCELE.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor .....uma CORREÇÃO CIRÚRGICA ABERTA DA URETROCELE, como forma de tratamento da Ureterocele e suas complicações. Como resultado desta operação meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina que será retirada alguns dias após a cirurgia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Hérnia incisional na região da cirurgia.
3. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
4. Possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior.
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
6. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
7. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
8. Falha da descompressão da ureterocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
9. Aparecimento de refluxo vésico-ureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
10. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a Ureterocele mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção cirúrgica aberta da Ureterocele é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_:\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

#### UROPEDIATRIA 04

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM DOIS TEMPOS.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor .....uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA em dois tempos cirúrgicos, como forma de tratamento da HIPOSPÁDIA PENIANA. OU PENO-ESCROTAL. Como resultado desta operação meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou na uretra e bexiga para drenagem da urina. Estou ciente que serão necessários dois procedimentos cirúrgicos, pois assim é o planejamento desta técnica e que o resultado final somente poderá ser avaliado após a execução da segunda intervenção cirúrgica

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Necrose da pele e da glândula.
3. Hematoma, edema e linfedema.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico.
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios urinários e/ou formação de cálculos.
8. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um dois tempos é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROPEDIATRIA 01

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA EM UM SÓ TEMPO.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor .....uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPOSPÁDIA em um só tempo cirúrgico, como forma de tratamento da HIPOSPÁDIA PENIANA. Como resultado desta operação meu filho poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter na uretra ou um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Necrose da pele e da glande.
3. Hematoma, edema e linfedema.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula uretral requerendo novo tratamento cirúrgico.
6. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Pode ser constatada durante a cirurgia a impossibilidade da execução do procedimento em um só tempo cirúrgico.
8. Aparecimento tardio de pêlos na uretra podendo causar distúrbios miccionais e formação de cálculos.
9. Não há garantia absoluta da cura da hipospádia, podendo haver necessidade de outros procedimentos cirúrgicos posteriores.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a hipospádia mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Hipospádia em um só tempo cirúrgico é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROGINECOLOGIA 01

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA como forma de tratamento da Incontinência Urinária.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação permanecerei com um tampão vaginal por algumas horas ou até um dia, bem como com um cateter na bexiga por horas ou dias conforme a técnica empregada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter por um período mais prolongado.
2. Perfuração da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico exigindo reparação e permanência do cateter por período mais prolongado.
3. Perfuração intestinal durante as manobras de fixação do retalho de aponeurose requerendo cirurgia abdominal com possibilidade de realização de colostomia (intestino desviado para a parede do abdome).
4. Formação de hematomas (colecção de sangue) requerendo drenagem (uretrolise).
5. Retenção urinária permanente requerendo cirurgia posterior para reparação (uretrolise).
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
9. Não há garantia absoluta da cura da incontinência podendo haver necessidade de tratamento futuro.
10. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
11. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: tratamento com medicamentos que melhoram o controle da micção, injeções suburetrais com material sintético (teflon, colágeno), ou uso de Sling Sintético. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica da Incontinência Urinária pela técnica proposta é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLOTÍASE 06

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO)

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LECO) como forma de tratamento do cálculo das vias urinárias. A LECO é um procedimento terapêutico que não necessita de incisões e é destinado a desintegrar (quebrar) cálculos das vias urinárias por meio de ondas mecânicas. A localização do cálculo se faz por raios X ou ultra-sonografia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Presença de sangue na urina após o procedimento.
2. A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento.
3. Dor lombar ou cólicas renais resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s) ou de coágulos de sangue.
4. Equimoses ou hematomas no local da aplicação.
5. Formação de coleções sangüíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Obstrução ureteral por fragmentos do cálculo ou coágulos, podendo evoluir com infecção local, podendo ser necessária a eventual drenagem do rim por colocação de um cateter interno no ureter (duplo J) ou um cateter diretamente no rim (percutânea).
7. Possibilidade de haver quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).

Reconheço que durante o procedimento ou no período posterior, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica do cálculo ou cirurgia aberta poderia ser uma alternativa de tratamento do meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a LECO é a melhor indicação neste momento para o meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 05

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFRECTOMIA PARCIAL POR CALCULOSE.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFRECTOMIA PARCIAL (remoção de uma parte do rim através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim.
3. Necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total).
4. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica. (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
5. Necessidade de deixar um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nephrostomia).
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
9. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nephrectomia parcial é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_:\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 12

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTOMIA SIMPLES POR CALCULOSE RENAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTOMIA (remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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 um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nefrostomia).
5. Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
6. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula).
7. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
9. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
10. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrolitotomia simples é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**



## UROLITÍASE 11

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA POR CALCULOSE RENAL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTOMIA ANATRÓFICA (remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL.CORALIFORME. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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 um cateter saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nefrostomia)
5. Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.
6. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
8. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
9. Possibilidade de haver um quadro infeccioso (febre, arrepios, calafrios, tremores e outros) causado pela mobilização de bactérias instaladas na estrutura do (s) cálculo (s).
10. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefrolitotomia anatrófica é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 10

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO COM ESTENOSE DE JUNÇÃO URETEROPIÉLICA (JUP).

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA 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 ultra-sonografia. A endopielotomia consiste na secção da junção ureteropielica através do mesmo trajeto cutâneo-renal.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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. Equimose ou hematomas no local da aplicação.
5. Formação de coleções sangüíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento.
7. 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.
8. Hemorragias com a necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
9. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
10. Lesão intestinal necessitando de colostomia.
11. Lesão de vasos sangüíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
12. Formação de pseudoaneurisma ou fistula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.
13. 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA ASSOCIADA A ENDOPIELOTOMIA PERCUTÂNEA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 09

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO.

A NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA 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 ultra-sonografia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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. Equimose ou hematomas no local da aplicação.
5. Formação de coleções sangüíneas no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
6. Aumento da pressão arterial durante ou logo após o tratamento.
7. 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.
8. Hemorragias com a necessidade de transfusão sangüínea durante ou após a operação.
9. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
10. Lesão intestinal necessitando de colostomia.
11. Lesão de vasos sangüíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
12. Formação de pseudoaneurisma ou fistula arteriovenosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.
13. 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas terapêuticas para o meu caso porem, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

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

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLÍTIASE 13

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO.

A NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA é um procedimento terapêutico realizado através de um aparelho endoscópico denominado ureteroscópio (rígido ou flexível) e de equipamentos (litotritadores) 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 pôr raios X ou ultra-sonografia.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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 ou lesão do ureter e/ou da bexiga que poderão requerer tratamento.
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 pode ser necessária a passagem de um cateter no ureter ou eventual drenagem por um cateter diretamente no rim.
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. 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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 07

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA como forma de tratamento de CÁLCULO URINÁRIO com estenose da junção ureteropielíca.

A NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA é um 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 ureteropielíca pode ser realizada através de lâminas apropriadas e ou a laser

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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 (nefrostomia).
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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia (m) ser uma terapia alternativa. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a NEFROLITOTRIPSIA TRANSURETEROSCÓPICA COM ENDOPIELOTOMIA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/

Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 08

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA

Eu, abaixo assinado, autorizo o Doutor \_\_\_\_\_ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA como forma de tratamento de obstrução do trato urinário.

A NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA é um procedimento terapêutico de derivação externa do trato urinário superior que necessita de uma pequena incisão na pele para dilatação do trajeto cutâneo-renal e introdução de um cateter de demora que vai drenar a urina do rim.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Presença de sangue na urina após o tratamento.
2. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos.
3. Equimose ou hematomas no local da perfuração.
4. Formação de coleções de urina ou sangue no rim ou ao seu redor, que em geral são reabsorvidas espontaneamente.
5. Extravasamento de urina ao redor do cateter ou da incisão.
6. Hemorragias com a necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
7. Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário.
8. Lesão intestinal necessitando de colostomia.
9. Lesão de vasos sanguíneos com hemorragia necessitando de cirurgia aberta para hemostasia ou a embolização através da arteriografia.
10. Formação de pseudoaneurisma ou fístula arterio-venosa que necessitará de tratamento através de cirurgia aberta ou a embolização.
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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas terapêuticas para o meu caso porém, decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado, e que o li, ou que o mesmo foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROPEDIATRIA 02

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIDOPEXIA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor .....uma ORQUIDOPEXIA UNI OU BILATERAL (fixação do(s) testículo(s) no escroto) como forma de tratamento da Criptorquidia ou Distopia testicular uni ou bilateral.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
3. Hematomas ou edema local.
4. Aparecimento posterior de hidrocele (água no escroto).
5. Não desenvolvimento ou atrofia testicular posterior a cirurgia.
6. Alterações da espermatogênese e ou infertilidade na idade adulta.
7. Não modificar o risco do aparecimento futuro de neoplasias testiculares.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquidopexia é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## URO-ONCOLOGIA 01

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIECTOMIA BILATERAL

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma ORQUIECTOMIA BILATERAL (retirada dos dois testículos) como forma de tratamento do Câncer de Próstata com o objetivo de reduzir a produção dos níveis dos hormônios masculinos. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema no escroto.
5. Não há garantia que o câncer responderá à redução dos níveis dos hormônios, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de próstata e suas complicações.
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada, bem como anestesia local.
7. Impotência sexual.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquiectomia Bilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**



## URO-ONCOLOGIA 07

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma ORQUIECTOMIA UNILATERAL POR VIA INGUINAL (retirada do testículo) como forma de tratamento do Câncer de Testículo e realizada por via inguinal para diminuir os riscos de disseminação do tumor. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema no escroto
5. Não há garantia absoluta que o câncer será curado unicamente com este procedimento, podendo haver necessidade de outras formas de tratamento para o câncer de testículo e suas complicações..
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
7. Suspensão do ato cirúrgico por condição clínica previamente ou posteriormente ao seu início.
8. Possibilidade de cicatrização esteticamente comprometida (cicatriz hipertrófica, retração cicatricial, etc.)

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Orquiectomia Unilateral é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

#### UROLITÍASE 04

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PIELOLITOTOMIA (CALCULOSE RENAL).**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma PIELOLITOTOMIA (remoção de cálculo renal através de cirurgia aberta convencional) como forma de tratamento do CÁLCULO RENAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a pielolitotomia simples é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

**UROPEDIATRIA 07**

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor .....uma PIELOPLASTIA, como forma de tratamento da ANOMALIA DA JUNÇÃO PIELOURETERAL. Como resultado desta operação meu filho(a) poderá ter a necessidade de permanecer com um cateter de drenagem da urina, exteriorizada na incisão cirúrgica ao lado dela (nefrostomia cutânea) que será retirada alguns dias após a cirurgia ou ainda um cateter interno (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico. Estou também ciente que o procedimento cirúrgico não corrige a dilatação e a lesão renal já instalada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Hérnia incisional na região da cirurgia.
3. Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma) requerendo tratamento posterior.
4. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
5. Fístula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
6. Estenose cicatricial da pieloplastia requerendo dilatações endoscópicas ou futuros procedimentos cirúrgicos.
7. Necessidade de colocar sonda de "nefrostomia".
8. O aspecto de "rim dilatado" aos exames de imagem pode demorar a melhorar devendo haver uma avaliação à respeito disto após 06 meses da data da operação.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a Anomalia da Junção Pielo-ureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Pieloplastia é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## ANDROLOGIA 01

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA POSTECTOMIA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor uma POSTECTOMIA (retirada de excesso de prepúcio do pênis) como forma de tratamento da redundância de prepúcio, fimose, parafimose ou balanopostite de repetição.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Infecção local requerendo tratamento clínico ou cirúrgico.
3. Fístula uretral com saída da urina por orifício abaixo da glândula.
4. Estenose do meato uretral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Edema, hematoma ou linfedema.
6. Necrose da pele e/ou da glândula.
7. Possibilidade de cicatrização esteticamente inadequada como por exemplo: cicatriz, hipertrófica, quelóide, etc.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar o meu problema mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Postectomia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

**URO-ONCOLOGIA 02**

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA COM LINFADENECTOMIA PELVICA REGIONAL.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma PROSTATECTOMIA RADICAL RETROPÚBICA (remoção de toda a próstata e das vesículas seminais) e uma LINFADENECTOMIA PÉLVICA REGIONAL (remoção dos linfonodos pélvicos regionais) como forma de tratamento do CÂNCER DA PRÓSTATA).O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por no mínimo uma semana e não terei mais ejaculação.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Possibilidade da não realização da cirurgia caso os gânglios linfáticos mostrem presença de disseminação do câncer .
2. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
3. Incapacidade de obter ou manter a ereção peniana.(impotência sexual).
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Estreitamento da bexiga e/ou uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Possibilidade de dano à parede do reto(podendo raramente requerer colostomia temporária.).
7. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
8. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
9. Possibilidade de embolia pulmonar(coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Formação de uma coleção de líquido dentro do abdome (linfocele), que pode requerer tratamento.
11. Possibilidade de haver hérnia incisional e sensação de dormência em torno do acesso cirúrgico.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser: radioterapia externa, implante de material radioativo(braquiterapia) , remoção cirúrgica dos testículos ou inibição medicamentosa da produção ou da ação do hormônio masculino, a simples observação sem realizar nenhum tratamento imediato ou realizar procedimento por via perineal. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a prostatectomia radical retropúbica é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma):\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Parentesco:\_\_\_\_\_

Testemunha:\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## ANDROLOGIA 03

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar um IMPLANTE DE PRÓTESE PENIANA MALEÁVEL como forma de tratamento da DISFUNÇÃO ERÉTIL (incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana)

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com o pênis de consistência endurecida. Fui também informado que a ereção obtida após o implante peniano não será igual à ereção natural, que a prótese não causará aumento no comprimento do pênis e que a glândula não se encherá de sangue como na ereção natural.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Complicações ou dificuldades técnicas durante a cirurgia que impeçam a implantação das próteses
2. Possibilidade de só ser possível a implantação da prótese em um lado (em um só corpo cavernoso).
3. Dor ou desconforto no pênis e/ou na região do períneo requerendo medicamentos analgésicos.
4. Presença de edema e/ou hematomas do pênis e do escroto requerendo tratamento clínico ou cirúrgico
5. Necessidade de permanecer com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina
6. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
7. Possibilidade de infecção ao redor da prótese requerendo sua remoção
8. Possibilidade de reação ao material da prótese (silicone) requerendo remoção do implante
9. Perda espontânea da prótese por extrusão pela uretra ou perfuração do corpo cavernoso
10. Defeitos estruturais da prótese, como quebra da haste metálica ou ruptura do silicone, necessitando sua substituição
11. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por condição clínica surgida imediatamente antes ou após o início do ato cirúrgico.
12. Cicatrização esteticamente inadequada por fatores individuais (quelóide, hipertrófica, etc.)

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que as terapias alternativas para meu caso poderiam ser implante de prótese inflável, aparelho de vacuoterapia, auto-injeção de drogas vasoativas, uso de medicação intra-uretral ou tratamento com medicamentos orais. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o IMPLANTE DE PRÓTESES PENIANA MALEÁVEL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## URO-ONCOLOGIA 06

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA .

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma RESSECÇÃO TRANSURETRAL DA PRÓSTATA como forma de tratamento da HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA.. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um cateter vesical por mínimo uma semana e poderei não ter mais ejaculação.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Presença de câncer no material retirado, identificado apenas no resultado do exame anátomo-patológico pós-operatório.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à próstata durante a ressecção.
4. Incontinência urinária (perdas de urina em diversas situações).
5. Incapacidade de obter e/ou manter a ereção peniana (impotência sexual).
6. Estreitamento da bexiga e/ou uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
7. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada ou mesmo por alguma condição clínica imediatamente antes ou no transcorrer do ato cirúrgico.
8. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
9. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
10. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
11. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
12. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação utilizado durante a ressecção podendo ocorrer síndrome hemolítica e suas consequências.
13. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:  
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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral da Próstata é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## URO-ONCOLOGIA 05

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL .**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar uma RESSECÇÃO TRANSURETRAL DE TUMOR VESICAL.como forma de tratamento do TUMOR VESICAL (BEXIGA).

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer por algumas horas ou dias com um cateter na uretra e bexiga para drenagem da urina.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Dor ou desconforto na região suprapúbica, perineal ou genital requerendo medicamentos analgésicos.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes à bexiga durante a ressecção.
3. Estreitamento da uretra requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
4. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
5. Possibilidade de infecção urinária, requerendo futuro tratamento.
6. Necessidade de transfusão de sangue durante e/ou após a operação.
7. Necessidade de converter a cirurgia endoscópica em cirurgia aberta por dificuldades técnicas ou complicações durante o procedimento.
8. Possibilidade de necessitar repetir o tratamento futuramente.
9. Possibilidade de embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
10. Possibilidade de absorção do líquido de irrigação durante o procedimento cirúrgico podendo ocorrer síndrome absorptiva.
11. Caso seja necessário a conversão para cirurgia aberta, as seguintes complicações podem ocorrer:  
Implante de células tumorais na via de acesso cirúrgico à bexiga.  
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.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Ressecção Transuretral do Tumor Vesical é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável:\_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma):\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha:\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Testemunha:\_\_\_\_\_ R.G.:\_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**



## **ANDROLOGIA 04**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDROCELE como forma de tratamento da HIDROCELE. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação deverei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela, para saída de secreções que será removido após alguns dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor no escroto.
4. Hematoma e ou edema no escroto.
5. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
6. Suspensão do procedimento cirúrgico por alteração clínica surgida imediatamente antes ou mesmo após o início do ato cirúrgico.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Cirúrgico da Hidrocele é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## ANDROLOGIA 05

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr..... e/ou seus assistentes a realizar o TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELE como forma de tratamento da VARICOCELE ( veias varicosas no cordão espermático). O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Deiscência dos pontos da sutura.
2. Possibilidade de infecção na cirurgia requerendo tratamento.
3. Necessidade de medicamentos analgésicos devido a dor.
4. Hematoma e ou edema na incisão.
5. Ausência de melhora do espermograma quando a indicação da cirurgia objetivar o tratamento da infertilidade.
6. Recidiva da varicocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
7. Aparecimento de hidrocele (água no escroto) após a cirurgia.
8. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contra-indicada.
9. Ausência de melhora de dor testicular quando esta estiver presente em concomitância com a varicocele.
10. Suspensão do ato cirúrgico por alteração clínica imediatamente antes ou mesmo após o início do procedimento cirúrgico.
11. Cicatrização esteticamente inadequada devido a fatores locais (por exemplo: infecção ) ou individuais (por exemplo: quelóide, cicatriz hipertrófica, etc).

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Cirúrgico da Varicocele é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## ENDOUROLOGIA 02

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA URETEROCELE.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho(a) menor .....o TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA URETEROCELE como forma de tratamento da URETEROCELE e suas complicações. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico, estando eu ciente dos riscos associados a este procedimento.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Estenose ureteral secundária ao procedimento endoscópico requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
2. Possibilidade de infecção urinária requerendo tratamento posterior.
3. Fístula ureteral podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
4. Estenose ureteral requerendo dilatações ou futuros procedimentos cirúrgicos.
5. Estreitamento da uretra, requerendo dilatações ou futuros procedimentos.
6. Falha da descompressão da ureterocele requerendo novo procedimento cirúrgico.
7. Aparecimento de refluxo vesicoureteral podendo requerer novo procedimento cirúrgico.
8. Aparecimento de sintomas urinários irritativos ou urge-incontinência que podem necessitar de tratamento medicamentoso contínuo ou novo procedimento cirúrgico.
9. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Endoscópico da Ureterocele é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho(a).

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

### UROPEDIATRIA 03

#### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR.**

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor .....o TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR como forma de tratamento da VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR e suas complicações. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico, estando eu ciente dos riscos associados a este procedimento.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Estenose uretral secundária ao procedimento endoscópico.
2. Infecção urinária requerendo tratamento.
3. Incontinência urinária pela disfunção vesical e elevado resíduo pós-miccional.
4. O procedimento cirúrgico não corrige a lesão vesical, ureteral e renal já existente.
5. Manutenção do refluxo vesico-ureteral podendo requerer tratamento posterior.
6. Manutenção de função vesical insatisfatória e piora da função renal requerendo tratamento posterior.
7. O tratamento da válvula não altera a evolução para insuficiência renal nos casos de Displasia Renal..

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Endoscópico da Válvula da Uretra Posterior é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Assinatura do responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Inofrmado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**

## UROLITÍASE 01

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA URETEROLITOTOMIA .

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. ....e/ou os seus assistentes a realizar uma URETEROLITOTOMIA (remoção de cálculo ureteral através de cirurgia aberta convencional)) como forma de tratamento do CÁLCULO URETERAL. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. 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.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Dor no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes.
2. Necessidade de deixar um cateter ureteral interno ( duplo J ) que será retirado posteriormente por endoscopia.
3. Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fistula).
4. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
5. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo tratamento.
6. Não há garantia da retirada total do(s) calculo(s) necessitando de tratamento posterior.
7. Possibilidade de estreitamento do ureter como seqüela da cirurgia.
8. Possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia.
9. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar o cálculo ureteral mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a ureterolitotomia é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_:\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Nome: (em letra de forma): \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.**

**A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.**