

**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.

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.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____



RG/CPF:
