

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Retirada Endoscópica de Cateter Duplo J

Por este instrumento particular o (a) paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente Dr.(a) _____, inscrito (a) no CRM - _____ sob o nº _____ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado “**RETIRADA ENDOSCÓPICA DE CATETER DUPLO J**”, e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias e/ou outras condutas médicas que tal tratamento possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Declaro, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto no art. 9º da Lei 8.078/90 e nos arts. 22 a 34 do Código de Ética Médica, após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados, especialmente quanto ao que segue:

DEFINIÇÃO: procedimento é realizado com um aparelho endoscópico denominado cistoscópio, que será introduzido na bexiga através da uretra, para o pinçamento e retirada do cateter.

COMPLICAÇÕES:

1. Dificuldade ou impossibilidade de introdução do aparelho na bexiga por estenoses (estreitamentos) na uretra.
2. Sangue na urina.
3. Estenose ou lesão de uretra a longo prazo.
4. Infecção no trato urinário.
5. Impossibilidade da retirada do cateter pela presença de incrustações.
6. Lesão de bexiga.

Estou ciente de que mesmo que o médico assistente, a equipe médica e o Hospital Unimed Noroeste/RS adotem todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, este é um risco existente a ser considerado.

Declaro a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo (a) médico (a), em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro ainda estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito dos métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, após a leitura e compreensão sobre os RISCOS E COMPLICAÇÕES mais comuns do procedimento supramencionado, AUTORIZO de forma expressa sua realização.

Cuiabá _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Medico Assistente

Nome: _____ Nome: _____

RG/CPF: _____ CRM: _____ UF: _____