ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CISTOLITOTRIPSIA TRANSCISTOSCÓPICA

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Itaigara Memorial Hospital Dia.

PROCEDIMENTO: 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.
O procedimento descrito apresenta, de uma maneira geral, benefícios satisfatórios, mas não existe garantia total de resultado favorável.
A técnica que será utilizada me foi explicada com detalhes pelo, Dr (a) _____ _____ CREMEB:_____ que também me informou outras opções para o tratamento da minha doença. É necessária a minha cooperação com o tratamento, fazendo alterações nos meus hábitos de vida para atender às orientações pré e pós-operatórias que me foram concedidas.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. O procedimento pode acarretar riscos que me foram explicados e que compreendi, tais como: A fragmentação do(s) cálculo(s) pode não ocorrer ou necessitar de mais de uma sessão de tratamento; Presença de sangue na urina após o tratamento; Dores resultantes da eliminação de fragmentos do(s) cálculo(s); Estenose e ou lesão da uretra; 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; Conversão para cirurgia aberta caso seja necessário. Caso seja necessário à realização de cirurgias abertas, podem ocorrer às 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 sequela da cirurgia; possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste Termo de Consentimento e até mesmo o óbito. Pode ser necessária a modificação da técnica proposta bem como a realização de outros procedimentos por motivo de intercorrências, de complicações ou de achados inesperados e, caso haja tempo hábil, serei consultado para a sua realização. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infectores Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são:

1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário).
3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local).
Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

PACIENTE:	
DATA NASCIMENTO:	**RG Nº:**
PRONTUÁRIO:	**ATENDIMENTO:**

4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

PÓS-OPERATÓRIO: Depois da cirurgia proposta é necessário o acompanhamento médico no período pós-operatório.

Declaro para todos os fins legais, especialmente no disposto no artigo 39, VI da Lei 8.078/90 que dou plena autorização ao médico por mim escolhido e sua equipe, para executar o tratamento cirúrgico designado e todos os procedimentos que se fizerem necessários, além da anestesia e outras condutas médicas cirúrgicas que tal tratamento venha a exigir.

( ) **Não autorizo transfusão de sangue** ( ) **Autorizo transfusão de sangue**

Declaro ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendi perfeitamente e aceito, compromissando-me a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais. Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

( ) Paciente

Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

( ) Responsável

Nome: _____
Identidade nº:_____ Grau de Parentesco:_____
Assinatura: _____
Salvador/BA, _____/_____/_____

Declaração do Médico Responsável

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o (a) paciente e/ou seu (s) familiar (es), ou responsável (eis), o procedimento, os riscos e complicações, as orientações pré e pós procedimento. CONFIRMO ter respondido às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Assinatura sobre carimbo do médico: _____

Salvador/BA, _____/_____/_____