ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
EXAME URODINÂMICO

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.

DIAGNÓSTICO: Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações e os exames realizados revelaram a seguinte alteração e/ou diagnóstico: _____. E com base neste diagnóstico me foi recomendado o seguinte tratamento/procedimento: **EXAME URODINÂMICO**.

PROCEDIMENTO/SEUS BENEFÍCIOS: EXAME URODINÂMICO é uma forma de investigação dos meus sintomas urinários. O EXAME URODINÃMICO é um procedimento invasivo que consiste na introdução de um/ ou dois cateteres finos através do canal uretral e outro através do ânus. A cauterização é realizada com anestésico local (lidocaína gel a 2%) e técnica asséptica rigorosa. Após a introdução dos cateteres, é infundindo soro fisiológico até o enchimento da bexiga. Uma vez com desejo de urinar, procede a última etapa do exame que é a micção com posterior retirada dos cateteres.

RISCOS E COMPLICAÇÕES: Procedimentos médicos estão sujeitos a risco, que podem ser mínimos, moderados ou graves. É um procedimento seguro e geralmente bem tolerado pelo paciente, porém podem ocorrer alguns efeitos como: trauma/lesão de uretra; sangramento urinários: dor, ardência e dificuldade para urinar; retenção urinária; possibilidade de infecção do trato urinário (cistite, prostatite e pielonefrite); hipotensão (queda de pressão arterial); hipertensão (elevação da hipertensão arterial), nos casos de bexiga neurogênica e dor / desconforto anal.
Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste termo pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste exame, mas é a lista de complicações mais comuns e severas. Reconheço que novas complicações podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informadas neste termo de consentimento. No caso de complicações graves, pode ser necessário transfusão sanguínea, internação em hospital geral e cirurgia de urgência.

INFORMAÇÕES E CUIDADOS: O paciente deve permanecer no leito de observação durante a realização do procedimento até a alta médica e deve comunicar a equipe a presença de qualquer sintoma.
Também fui informado (a) das alternativas aos procedimentos e das consequências de não realizá-los.

ITAIGARA MEMORIAL
HOSPITAL DIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
EXAME URODINÂMICO

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

Autorizo a utilização dos dados clínicos deste procedimento em trabalhos científicos, publicações em congressos ou outras atividades de cunho científico (não serão utilizadas imagens, apenas dados): **( ) Sim ( ) Não obs.:**_____

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, _____/_____/_____