

**Paciente:**
**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Prontuário:**
**Nome da mãe:**

**Definição:** A cistolitotomia consiste na retirada de cálculos (pedras) da bexiga por meio de:

Cistolitotomia transuretral endoscópica (fragmentação e retirada pela uretra) ou Cistolitotomia suprapúbica (incisão no abdome e na parede da bexiga). A anestesia tem por objetivo permitir a realização de procedimentos cirúrgicos, invasivos ou diagnósticos, reduzindo/eliminando a dor e outras respostas indesejadas do organismo durante o procedimento

**Complicações e Riscos:** Além dos riscos gerais, inerentes a toda e qualquer cirurgia, o Tratamento Cirúrgico da Cistolitotomia – Retirada de Cálculos da Bexiga pode apresentar os seguintes riscos:

- Sangramento durante ou após o procedimento;
- Infecção no local operatório ou infecção urinária;
- Lesão da uretra, bexiga ou órgãos adjacentes (intestino), podendo exigir reparo adicional;
- Retenção urinária temporária ou necessidade de cateter vesical pós-operatório;
- Dor pós-operatória;
- Reações a medicamentos ou anestesia (incluindo complicações graves e raras);
- Formação de novos cálculos no futuro e/ou necessidade de procedimentos adicionais;
- Necessidade de conversão de técnica endoscópica para cirurgia aberta, se indicada;
- Tromboembolismo venoso (trombose/embolia), eventos cardíacos ou respiratórios (raro);
- Cicatrização insatisfatória ou aderências em caso de via suprapúbica.
- Possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula);
- Necessidade de analgésicos devido à dor no local da cirurgia;
- Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia (na cirurgia aberta);
- Possibilidade de perda da função renal como sequela da cirurgia;
- Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada;

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Tratamento Cirúrgico da Cistolitotomia – Retirada de Cálculos da Bexiga** bem como da realização de procedimentos ao(s) qual(is) será submetido o paciente, complementando as informações prestadas pelo médico responsável e pela equipe de colaboradores da SCMSSP;

2. Estou ciente que o **Tratamento Cirúrgico da Cistolitotomia – Retirada de Cálculos da Bexiga** é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do paciente. Caso o médico tome conhecimento de condições que, até o presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de procedimento diverso e/ou adicional que seja considerado necessário ou apropriado para tratar, curar ou diagnosticar novas condições;

3. Comprometo-me a colaborar com o tratamento, fazendo o controle pós-operatório e seguindo todas as recomendações médicas que me foram feitas, ciente de que o não cumprimento destas determinações poderá acarretar prejuízo nos resultados normalmente esperados;

4. Aceito o fato de que o médico não pode se responsabilizar pelo resultado final de uma cirurgia, cujo acompanhamento pós-operatório foi abandonado pelo(a) paciente;

5. Declaro que foram observadas todas as orientações prévias e necessárias para a realização do procedimento, bem como declaro que foram fornecidas todas as informações sobre o estado de saúde do(a) paciente, incluindo doenças, medicações as quais apresentou alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, **sem nada ocultar**, tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações;

6. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis decorrentes deste procedimento/tratamento, mas apenas os mais frequentes;

7. Entendo que não há garantias de resultados, porque o sucesso da cirurgia depende de múltiplos fatores, incluindo características individuais do paciente, tipo de lesão, qualidade do tecido, adesão ao tratamento e fatores não controláveis pela equipe médica, sendo que, mesmo com a cirurgia bem-sucedida, os resultados podem se modificar com o tempo, podendo necessitar de procedimentos adicionais no futuro;

8. Declaro estar ciente de que o não cumprimento das orientações médicas pós-operatórias pode comprometer significativamente o resultado da cirurgia, podendo resultar em: dor crônica ou necessidade de nova intervenção cirúrgica,

isentando a equipe médica e a instituição de responsabilidade por resultados inadequados decorrentes do não seguimento das prescrições;

**9.** Comprometo-me a comparecer pontualmente a todas as consultas de retorno agendadas e a comunicar imediatamente à equipe médica qualquer intercorrência, anormalidade ou complicações que venha a apresentar no período pós-operatório;

**10.** Declaro compreender que, durante o procedimento cirúrgico, podem surgir situações imprevistas que exijam procedimentos adicionais, modificações da técnica planejada ou uso de materiais alternativos, autorizando a equipe médica a tomar todas as decisões que julgar necessárias para minha segurança e melhor resultado terapêutico;

**11.** Autorizo o registro fotográfico, em vídeo ou outros meios, do procedimento cirúrgico e evolução pós-operatória, exclusivamente para fins médicos, científicos, educacionais ou de documentação no prontuário, garantindo-se a preservação da minha identidade;

**12.** Consinto com a utilização dos dados clínicos relacionados ao meu caso para fins de pesquisa científica e estatística, desde que preservada minha identidade e mantido o sigilo médico;

**13.** Declaro ter sido informado sobre a possibilidade de necessidade de procedimentos cirúrgicos futuros relacionados ou não à presente cirurgia, incluindo revisões, reparos ou tratamento de complicações;

**14.** Li o presente termo e recebi os esclarecimentos necessários de forma compreensível pelo médico responsável e equipe;

**15.** Fui informado sobre o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento proposto;

**16.** Fui informado, ainda, que o presente termo integrará o prontuário médico, na hipótese de realização do procedimento/tratamento durante a internação hospitalar.

**17.** Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, **AUTORIZO** a realização **Cistolitotomia**.

#### **TERMO DE REVOGAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL)**

Confirme que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de REVOGAR este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

(  ) Paciente (  ) Responsável

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Horário: \_\_\_\_\_

#### **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO RESPONSÁVEL**

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM-MG: \_\_\_\_\_

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

(  ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.

(  ) Não foi possível a coleta deste Termo de consentimento Informado, por tratar-se de EMERGÊNCIA.

#### **TESTEMUNHAS**

##### **1ª Testemunha**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

##### **2ª Testemunha**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### **INFORMAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA QUE DEVERÁ SER DISPONIBILIZADA AO HOSPITAL**

- Todos os documentos pessoais.
- Exames realizados.
- Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou guia do plano de saúde autorizada;



- Avaliação Pré-anestésica;
- Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.

**ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

- Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muita pouca água;
  - Diabético, NÃO TOMAR os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
  - Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros;
  - Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.
  - Em caso de febre ou mal-estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
  - A remoção dos pelos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
  - Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

**CAPTAÇÃO DE DOADORES PARA O BANCO DE SANGUE DO HEMOMINAS**

- É muito importante a conscientização e, se possível, a **CAPTAÇÃO DE 05 DOADORES** para o banco de sangue do HEMOMINAS.
- Você poderá precisar de sangue durante o seu período de internação.
- Qualquer dúvida, pergunte ao seu médico.
- Para mais informações e doações, entre em contato com a Unidade do Hemominas de São Sebastião do Paraíso.

São Sebastiao do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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