

**Paciente:****Data de nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Prontuário:****Nome da mãe:****Definição:**

A ressecção endoscópica da bexiga (RTU/TURB) consiste na introdução de um ressectoscópio pela uretra para identificar e ressecar lesões intravesicais (pólipos, tumores ou áreas suspeitas), obter material para exame anatomo-patológico e controlar sangramento. O procedimento é realizado sob anestesia (raquidiana, peridural ou geral). Pode incluir hemostasia, biópsia de base, colocação temporária de sonda vesical e irrigação vesical.

Técnica prevista: ( ) ressecção com eletro-bisturi ( ) ressecção bipolar ( ) ressecção a laser: \_\_\_\_\_.

**Complicações e Riscos:**

- Sangramento intra ou pós-operatório, podendo exigir reoperação ou transfusão;
- Retenção urinária temporária e necessidade de sonda vesical por período prolongado;
- Infecção urinária ou sepse;
- Perfuração vesical (intra ou extraperitoneal), possivelmente exigindo tratamento conservador, cistostomia ou cirurgia aberta;
- Lesão uretral com risco de estenose, podendo necessitar dilatações ou correção cirúrgica;
- Dor ou desconforto vesical temporário;
- Risco de recorrência da lesão ou necessidade de novas ressecções;
- Possibilidade de disseminação local (rara) ou resultados anatomo-patológicos que exijam tratamento adicional (intravesical, reoperação, cistectomia);
- Alterações temporárias ou persistentes da função urinária (urgência, frequência, disúria);
- Necessidade de conversão da técnica ou procedimentos complementares;
- Tromboembolismo venoso, eventos cardíacos ou respiratórios relacionados à anestesia/procedimento;
- Reações adversas à anestesia e medicamentos;
- Riscos raros e imprevisíveis, incluindo complicações graves que podem levar a incapacidade permanente ou óbito.

**Declaração do Paciente:**

1. Fui esclarecido(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao **Ressecção Endoscópica 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 a **Ressecção Endoscópica 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





- 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 Sebastião do Paraíso - MG \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou responsável

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