

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar em meu filho menor _____ o TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DA VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR como forma de tratamento da VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR e suas complicações. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo médico, estando eu ciente dos riscos associados a este procedimento.

Os possíveis riscos associados a este procedimento são os seguintes:

1. Esteose uretral secundária ao procedimento endoscópico.
2. Infecção urinária requerendo tratamento.
3. Incontinência urinária pela disfunção vesical e elevado resíduo pós-miccional.
4. O procedimento cirúrgico não corrige a lesão vesical, ureteral e renal já existentes.
5. Manutenção do refluxo vésico-ureteral podendo requerer tratamento posterior.
6. Manutenção de função vesical insatisfatória e piora da função renal requerendo tratamento posterior.
7. O tratamento da válvula não altera a evolução para insuficiência renal nos casos de Displasia Renal.

Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que o Tratamento Endoscópico da Válvula da Uretra Posterior é a melhor indicação neste momento para o tratamento de meu filho.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: _____ R.G.: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do

processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.

A assinatura deste Consentimento Pós-Infornado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.