

## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CISTOSCOPIA

Eu, abaixo assinado, autorizo o **Dr. FÁBIO QUINTILIANO E LIMA** e/ou seus assistentes a realizar uma CISTOSCOPIA.

Antes do procedimento foi me explicado sobre a necessidade da realização da cistoscopia para poder investigar patologias da uretra e ou da bexiga que possam justificar meus sintomas. Também os médicos me esclareceram sobre o procedimento.

Disseram que ele é feito sob anestesia local sob auxílio de sedação e que é realizado através da uretra, onde é introduzida um aparelho de cistoscopia rígido ou flexível.

O cistoscópio serve para orientar o médico a visibilizar a uretra e a bexiga por dentro. Em alguns casos é necessário realizar uma biópsia. Os fragmentos retirados da uretra e ou bexiga são encaminhados para o laboratório onde serão estudados no microscópio, para elucidar melhor o diagnóstico.

Fui esclarecido também que o procedimento de cistoscopia não é livre de complicações. Podem ocorrer infecção, sangramento excessivo causado pela biópsia, quando realizada, e ruptura da parede da bexiga.

De qualquer maneira, fiquei certo de que se precisar posso entrar em contato com meu médico urologista a qualquer momento depois da cistoscopia com ou sem biópsia ou procurar um serviço de urgência médica.

Fiquei sabendo que depois do procedimento devo ir repousar em minha casa. Posso retornar ao meu trabalho no dia seguinte, caso não ocorram problemas. Não posso me esquecer de que depois de receber o resultado da biópsia, caso seja realizada, devo levá-lo ao meu médico para, dependendo do resultado, ele adotar o tratamento correto para o meu caso.

Diante do exposto, eu \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, estou ciente dos esclarecimentos acima e manifesto que desejo ser submetido a uma cistoscopia por minha livre e espontânea vontade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

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

**A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.  
A assinatura deste Consentimento Pós-Informado 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.**

\_\_\_\_\_  
LOCAL

\_\_\_\_\_  
DATA