

Por este instrumento, eu _____
(nome legível, completo e por extenso do paciente ou responsável)

_____/_____, declaro que:
(identidade nº / órgão)

1º) que fui informado(a) pelo meu médico(a) assistente Dr.(a) _____ que as avaliações e os exames realizados indicam a necessidade de retirada dos cálculos urinários, e que a retirada do(s) cálculo(s) poderá ser cirúrgica, endoscópica ou por litotripsia extracorpórea (LECO);

2º) que decidi, conjuntamente com meu (minha) médico(a), que a LECO é a melhor indicação neste momento para o seu quadro clínico;

3º) que estou ciente de que a LECO é um procedimento destinado a desintegrar/quebrar os cálculos de via urinária, que foram previamente localizados por Raio X ou ultra-sonografia, por meio de ondas mecânicas;

4º) que estou ciente de que no(s) procedimento(s) antes mencionado(s), poderão ocorrer as seguintes situações:

4.1. O sucesso do tratamento depende do tamanho do cálculo, sua localização e sua constituição (dureza).

4.2. Na dependência dos fatores acima, pode ser necessária mais de uma aplicação de ondas de choque. Portanto, poderá ser um tratamento único ou repetitivo.

4.3. A eliminação dos fragmentos, após o tratamento com ondas de choque, pode levar vários dias.

4.4. Não é frequente, mas pode ocorrer cólica renal durante a eliminação destes fragmentos. Estas cólicas são normalmente suportáveis com o uso de analgésicos tradicionais.

4.5. A colocação de sondas e cateteres especiais pode ser necessária antes ou depois do tratamento com ondas de choque. No caso de obstrução do ureter por fragmentos de cálculos, com elevação de temperatura, eventualmente, poderá ser necessário o cateterismo ureteral ou a drenagem do rim por uma punção na região lombar.

4.6. O tratamento com ondas de choque, na grande maioria das vezes, é realizado em caráter ambulatorial e sem anestesia. É extremamente rara a necessidade de anestesia. Caso houver necessidade de anestesia, os métodos e as técnicas lhe serão devidamente antecipadas.

4.7. Durante o procedimento, e dependendo da localização do cálculo, sedação e analgesia se fazem necessárias.

4.8. Hematoma pequeno ou marcas avermelhadas na pele podem ocorrer após aplicação de ondas de choque extracorpórea.

4.9. Hematomas internos são raros e costumam ser reabsorvidos espontaneamente. Raramente pode ocorrer coleção de sangue ao redor do rim.

4.10. Sangramento urinário pode ocorrer após LITOTRIPSIA, mas não costuma durar mais do que 72 horas. A urina se apresentará avermelhada o que não deverá trazer maiores preocupações.

4.11. A LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE não é um tratamento infalível, mas é tratamento moderno e com um mínimo de complicações. A apreciação do êxito do tratamento poderá ser imediata ou necessitará de, aproximadamente, três meses até a sua avaliação final. Em situações raras será necessário um tratamento cirúrgico adicional.

4.12. Até o momento não foram descritas lesões de outros órgãos internos. Isto, porém, é uma eventualidade possível.

4.13. Em alguns casos, a hipertensão arterial pode ser observada após o tratamento de cálculos renais com ondas de choque.

4.14. Atenção: o método não deve ser feito durante a gravidez. O uso da radioscopia também deve ser evitado na gravidez.

5º) que por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento;

6º) que a autorização é dada ao Dr.(a) _____, CREM ES _____, bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e / ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.

7º) que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.

8º) que recebi todas as explicações habitualmente necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como foi informado(a) sobre os riscos e / ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

9º) consinto, portanto, ao(a) médico(a) supra identificado(a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s).

Colatina, _____ de _____ de 20_____.

(Assinatura do paciente/ ou familiar)

Testemunho que este documento foi assinado pela pessoa acima identificada:

1) _____

(assinatura)

(nº do documento de identidade)

(nome completo e legível)

(endereço)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (seus) responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento (s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: _____/_____/_____

Assinatura do médico – CRM ES