

**TERMO DE CONHECIMENTO, ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PIEOLITOTOMIA**

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao:

( ) Paciente e ou ( ) Responsável: \_\_\_\_\_,  
quanto aos principais aspectos relacionados a **PIEOLITOTOMIA** e ou a realização de Procedimentos ao (s) qual (is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de Colaboradores do Complexo de Saúde São João de Deus, Profissionais especializados e Empresas prestadores de serviços parceiras do CSSJD.

**PROCEDIMENTO, COMPLICAÇÕES E RISCOS**

- 1) **Procedimento:** consiste na abertura da pelve renal para retirada de cálculos. Pode ser realizada pela via aberta ou laparoscópica.
- 2) **Complicações e Riscos:** necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação, dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes, necessidade de retirada de todo o rim durante a cirurgia (nephrectomia total), necessidade de deixar uma sonda saindo pela região lombar que terá a função de drenar a urina (nephrostomia), necessidade de deixar um cateter ureteral interno temporário (duplo J) que será retirado posteriormente por procedimento endoscópico, possibilidade de saída de urina pela ferida operatória por algum tempo (fístula), possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia, possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, possibilidade de perda da função renal como seqüela da cirurgia, possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
- 3) **Informações Pertinentes:** permanência de um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido após alguns dias. Não há garantia da retirada de todo o cálculo durante a cirurgia, requerendo posteriormente outras formas de tratamento.

**DECLARAÇÃO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ ( ) Paciente ( ) Responsável grau de parentesco: \_\_\_\_\_, autorizo a realização da **PIEOLITOTOMIA** e ou Procedimentos prescritos.

Declaro que recebi do (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_, CRM: \_\_\_\_\_ todas as informações pertinentes ao procedimento e suas complicações de forma oral, em linguagem clara e simples, e que compreendo o alcance, os riscos, complicações e alternativas de tratamento, sendo assim, decidimos conjuntamente, meu médico e eu, que a **PIEOLITOTOMIA** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. 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.

Declaro ciência de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis desta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos.

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 em prejuízos nos resultados.

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.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Assinatura

**TESTEMUNHAS**

**1ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**2ª Testemunha**

Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Declaro ter explicado todo o procedimento de **PIEOLITOTOMIA** ao paciente/responsável acima identificado, expliquei ainda sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo (s) mesmo (s). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhe (s) foi informado.

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura

### INFORMAÇÃO PRÉ CIRÚRGICA

#### TRAGA PARA O HOSPITAL

- 1) Todos os documentos pessoais.
- 2) Exames realizados.
- 3) Autorização de Internação Hospitalar (AIH) autorizada.
- 4) Risco Cirúrgico.
- 5) Seu material de higiene pessoal (sabonete, pasta de dente, desodorante), caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 6) Roupas confortáveis caso desejar e a equipe de enfermagem autorizar.
- 7) Mantenha hábitos saudáveis, evite bebidas alcoólicas e cigarros.
- 8) Adereços: retire relógios, pulseiras, alianças, anéis, brincos, piercing, prótese dentária (se houver) e qualquer objeto de cabelo, devendo ser entregues aos seus familiares.

#### O PROCEDIMENTO

- 1) Manter jejum no mínimo 8 horas ou conforme orientação médica (incluindo sólidos e líquidos, inclusive água).
- 2) Caso faça uso de medicamentos, fique atento:
  - Tomar os medicamentos anti-hipertensivos como de costume, sem água ou com muito pouca água.
  - Diabético, **NÃO TOMAR** os hipoglicemiantes orais no dia da cirurgia.
- 3) Em caso de febre ou mal estar, entrar em contato com o Hospital imediatamente.
- 4) A remoção dos pêlos da região onde será realizada a incisão cirúrgica, obedecendo a critérios médicos, deverá ser realizada apenas pela equipe de enfermagem, após a internação.
- 5) Horário da cirurgia: o horário da cirurgia é agendado pelo seu médico, podendo ocorrer atrasos.

#### OUTRAS ANOTAÇÕES