

O (A) paciente _____ data de nascimento ____/____/____,
ou seu responsável _____, declara, para
todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao

(à) médico (a) assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no
CRM/SC sob o n.º _____ credenciado pelo Hospital Dona Helena, para proceder as investigações
necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como a realizar o seguinte procedimento:
PIELOPLASTIA VIDEOLAPAROSCOPICA, e todos o que incluem, inclusive anestésias, transfusões de sangue
ou outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínico, podendo o referido profissional
valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o (a) referido (a) médico (a),
atendendo ao disposto nos artigos 31 e 34 do Código de Ética Médica e no artigo 9º da Lei 8.078/90 (abaixo
transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico antes
apontado, apresentando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem
adotados no tratamento proposto para ser autorizado.

DEFINIÇÃO: consiste na correção da anomalia da junção pieloureteral, região onde o rim se comunica com o
ureter, responsável pela drenagem da urina até a bexiga. O objetivo deste procedimento é restabelecer o fluxo
adequado da urina do rim para o ureter, melhorando o esvaziamento renal e prevenindo complicações como
infecções de repetição e dor lombar. Fui esclarecido (a) de que, após a cirurgia, poderei permanecer com um
cateter de drenagem da urina, que pode ser:

- Externo (nefrostomia cutânea), exteriorizado ao lado da incisão, a ser retirado após alguns dias; ou
- Interno (cateter duplo J), que será removido posteriormente por via endoscópica.

Também fui informado (a) de que o procedimento não corrige a dilatação já existente e não recupera a função
renal previamente comprometida, sendo necessária reavaliação por exames seriados junto ao urologista por
tempo indeterminado.

SINTOMAS COMUNS NO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Dor leve a moderada na região lombar ou abdominal, controlada com analgésicos;
2. Pequeno inchaço (edema) ou sensação de distensão abdominal;
3. Presença de secreção serosa no dreno ou saída de urina pela nefrostomia, quando presente;
4. Desconforto ou ardor ao urinar, caso esteja com cateter duplo J;
5. Fadiga e sensação de cansaço nos primeiros dias.

RISCOS/COMPLICAÇÕES:

1. Deiscência dos pontos da sutura (abertura parcial da linha de costura interna);
2. Hérnia incisional no local da cirurgia;
3. Extravasamento e acúmulo de urina ao redor do rim (urinoma), exigindo tratamento posterior;
4. Infecção na incisão cirúrgica, podendo necessitar de tratamento específico;
5. Fístula urinária, podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico;
6. Estenose cicatricial da pieloplastia, necessitando dilatações endoscópicas ou reintervenção cirúrgica;
7. Necessidade de posicionamento de nefrostomia, caso o cateter interno não seja suficiente;
8. Persistência da dilatação do rim nas imagens de controle, que pode demorar a regredir ou permanecer, devendo ser avaliada após 6 meses;
9. Dor no local da cirurgia, podendo requerer uso prolongado de analgésicos;
10. Enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele), autolimitado;
11. Traumas vasculares na parede abdominal, com formação de hematoma;
12. Sensação de dormência na região operada, geralmente temporária;
13. Embolia gasosa, ainda que extremamente rara, por entrada de gás nos vasos sanguíneos;
14. Traumas vasculares intra-abdominais durante a punção, colocação dos trocartes ou manipulação cirúrgica;
15. Lesões em órgãos do aparelho digestório durante o acesso laparoscópico;
16. Lesões no trato urinário, incluindo ureter, por sangramento ou aderências;
17. Conversão da cirurgia laparoscópica para cirurgia aberta, em caso de dificuldade técnica ou sangramento;
18. Necessidade de procedimentos adicionais para o tratamento de complicações;
19. Necessidade futura de diálise, caso o rim operado seja o único e não mantenha função suficiente.

CUIDADOS APÓS A ALTA HOSPITALAR:

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o
melhor resultado, dentre os quais os especificados abaixo.

1. Manter o curativo limpo e seco, trocando conforme orientação médica;
2. Evitar esforços físicos e levantamento de peso até liberação médica;
3. Fazer uso correto dos medicamentos prescritos;
4. Cuidar do dreno ou da nefrostomia, se presentes, observando o volume e aspecto do líquido drenado;
5. Manter adequada ingestão de líquidos, conforme orientação médica;
6. Observar sinais de alerta, como febre persistente, dor intensa, secreção purulenta, sangramento, saída de urina pela ferida ou ausência de drenagem;
7. Comparecer às consultas de acompanhamento.

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (*Nacional Nosocomial Infection Surveillance* – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceito e que são:

1. **Cirurgias limpas** – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
2. **Cirurgias potencialmente contaminadas** – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário);
3. **Cirurgias contaminadas** – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.
4. **Cirurgias infectadas** – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi os termos médicos e concordo com os termos deste documento, e que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer eventuais dúvidas, ficando claro para mim quais são os propósitos dos procedimentos o qual estarei submetido, seus desconfortos e riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes, e riscos pela não realização do tratamento proposto. Entendi e concordo voluntariamente o que é necessário eu fazer para que a **PIELOPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA**, tenha o resultado pretendido.

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o resultado do tratamento podem obrigar o (a) médico(a), a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento em meu benefício.

O(A) médico(a) explicou que em algumas circunstâncias as cirurgias podem gerar fatos bastante complicados, independente da perícia, prudência ou vontade do médico. Fui informado e compreendi que a prática médica/cirúrgica não é uma ciência exata; e não podem ser dadas quaisquer garantias, nem certezas quanto ao tratamento ou cirurgia.

Declaro que nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que por ventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda via de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por ventura existente.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas pelo(a) médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas.

Ainda, fica instituído que, caso o procedimento não seja realizado dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do dia imediatamente posterior àquele da assinatura, o presente termo perderá sua validade, sendo necessária a elaboração de novo documento.

Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Lei 8078/90 - Art.9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou a segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

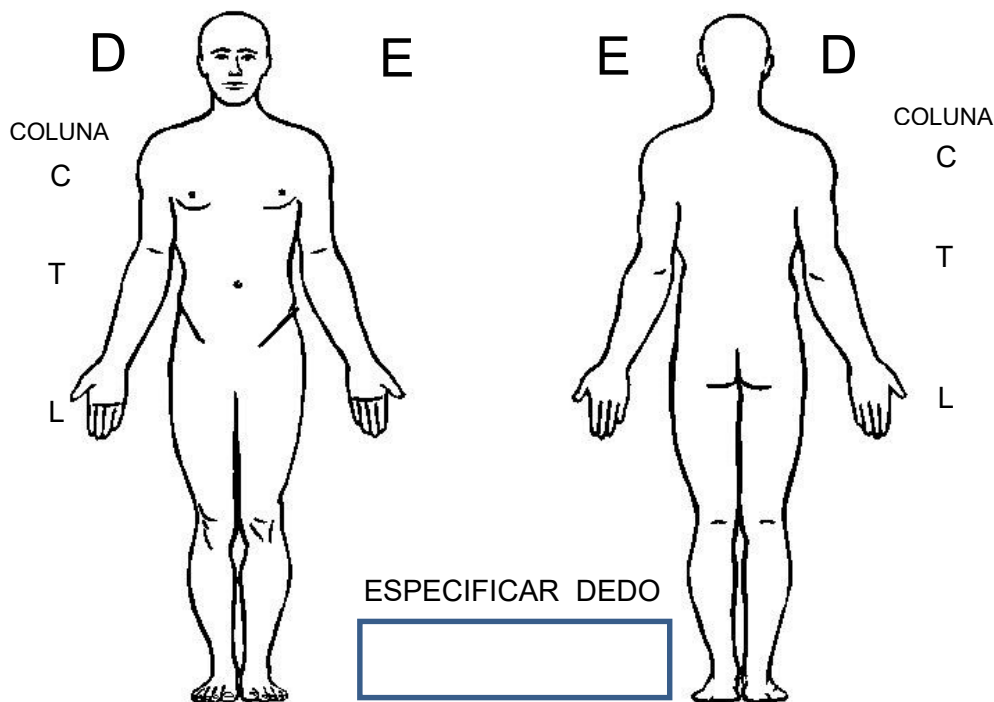
Código de Ética Médica: Art. 22º Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 24º** Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. **Art. 31º.** Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. **Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

OBS: Obrigatório rubricar todas as vias, médico e paciente/responsável.

O(A) paciente _____, data de nascimento ____/____/____,

ou seu responsável _____, **declara**, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei, 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a)

assistente, o Dr.(a) _____, inscrito no CRM/SC sob o n.º _____ complementar ao termo de consentimento da cirurgia em questão (anexo principal).



Para que produza os efeitos legais assino o presente termo, recebendo cópia.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do(a) resp. pelo(a) paciente _____

RG Nº _____

RG Nº _____

NOME _____

NOME _____

Joinville (SC), ____ de _____ de _____. Hora: ____:____