



Consentimento informado – divertículo uretral feminino

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou seus assistentes a realizar uma CORREÇÃO CIRÚRGICA DE DIVERTÍCULO URETRAL como forma de tratamento da Incontinência Urinária.

O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um tampão vaginal, bem como com um cateter na bexiga, pela uretra ou punção supra púbica, por vários dias conforme a técnica empregada.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Retenção urinária necessitando passagem de cateter na bexiga por um período prolongado.
2. Necessidade de reparo da uretra ou bexiga durante o ato cirúrgico e permanência do cateter na bexiga por período prolongado.
3. Incontinência urinária com necessidade de tratamentos adicionais, incluindo técnicas fisioterápicas, medicamentos e cirurgias.
4. Sangramento vaginal e formação de hematomas (coleção de sangue) requerendo drenagem.
5. Deiscência dos pontos da sutura na vagina.
6. Suspensão do ato cirúrgico por impossibilidade de realização do bloqueio anestésico raquimedular na eventualidade da anestesia geral estar contraindicada.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Necessidade de transfusão de sangue durante ou após a operação.
9. Não há garantia absoluta da cura do divertículo podendo haver necessidade de tratamento complementar.
10. Possibilidade de trombose venosa e embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias).
11. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico imediatamente antes do seu início ou mesmo já tendo se iniciado, devido às condições clínicas que tenham sido detectadas.
12. Em caso de uso de retalho de grande lábio pode haver complicações específicas como hematoma, sangramento, alteração de sensibilidade e assimetrias.
13. Fístula uretro-vaginal, caracterizada pela formação de uma comunicação entre a uretra e a vagina, com possibilidade de tratamento cirúrgico adicional.
13. Estenose de uretra, caracterizada pelo estreitamento do canal uretral, com possibilidade de necessitar de novos procedimentos terapêuticos como dilatação uretral e cirurgias.
14. Infecção urinária de repetição, com necessidade de tratamentos adicionais com antibióticos.
15. Dor durante as relações sexuais, estreitamento e/ou perda da sensibilidade vaginal.

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 necessitarem 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.

O referido médico explicou-me as terapias alternativas para meu caso. Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a Correção Cirúrgica do Divertículo Uretral pela técnica proposta é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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: _____

Nome: (em letra de forma): _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu Médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Médico.

A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.