

**PACIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso de impossibilidade do paciente assinar, preencher os dados do Representante ou Responsável Legal.

**REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Identidade N°: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Grau de Relacionamento: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: URETEROLITOTRIPSIA RÍGIDA OU FLEXÍVEL**

1. Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_, CRM N° \_\_\_\_\_, informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de \_\_\_\_\_, será conveniente e indicado o procedimento cirúrgico acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

- **Lesão Ureteral; infecção leve a grave; sangramento; impossibilidade de retirar cálculo; uroseps; complicações anestésicas; estenose de ureter e morte.**

Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3. Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ou diante de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise meu benefício, controle ou cura dessa ou de outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

4. Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

5. Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que poderão ser utilizados com finalidades científicas, obedecendo-se os critérios de confidencialidade e sigilo impostos pela legislação vigente.

6. Assim, declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre meu tratamento e o procedimento que serei submetido, sendo-me prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médicos é de meio, estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**MÉDICO RESPONSÁVEL (em situação de Emergência, dois médicos deverão assinar)**

- ( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme o termo acima.  
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por se tratar de situação de EMERGÊNCIA.

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

\_\_\_\_\_  
Médico CRM N°

**REVOGAÇÃO:**

Olinda, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Paciente) ou (Responsável / Representante Legal)

Elaborador:	DR. RICARDO LYRA	
Aprovador:	DR. MIGUEL PORTO	
Homologador:	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	
Data da Emissão: 04/04/2013	Revisão: 00	Data da Revisão: 04/04/2015