

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA  
CISTOLITOTOMIA / ENDOLITOTRÍCIA VESICAL**

HOSPITAL / CLÍNICA: \_\_\_\_\_ Processo: \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_ Cédula Profissional: \_\_\_\_\_

**DADOS DO DOENTE**

Sr. / Sra.: \_\_\_\_\_

B.I. N.º: \_\_\_\_\_

Residente em : \_\_\_\_\_

**DADOS DO REPRESENTANTE**

Sr. / Sra.: \_\_\_\_\_

B.I. N.º: \_\_\_\_\_

Residente em: \_\_\_\_\_

Na Qualidade de: \_\_\_\_\_

- 1.- Através deste procedimento pretende-se eliminar os cálculos vesicais, resolver os sintomas e prevenir as complicações originadas pelos cálculos ou patologias associadas.

A realização do procedimento pode ser captada em imagens para fins científicos ou didáticos.

- 2.- O médico explicou-me que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível que, durante ou depois da intervenção, seja necessária a utilização de sangue e/ou seus derivados, de cujos riscos irei ser informado pelos Serviços de Anestesiologia e Hemoterapia. Poderá ser utilizado Raios X como complemento do procedimento.

- 3.- Através desta técnica, são extraídos os cálculos por cirurgia aberta ou endoscópica (cistolitotomia ou litotrícia vesical endoscópica), dependendo das dimensões do cálculo ou cálculos e da causa etiológica (em geral, patologias que originam obstrução do colo vesical ou da uretra - hipertrofia da próstata, estenose da uretra, etc. ou bexiga neurogénica).

Ao finalizar a intervenção, coloca-se uma sonda uretral e/ou drenagem supra-púbica, que se retirará posteriormente.

- 4.- Compreendo que, apesar da adequada escolha da técnica e da sua correcta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto os comuns derivados de toda a intervenção, e que podem afectar todos os órgãos e sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir a extracção de todos os cálculos, exigindo tratamento suplementar; recidiva dos cálculos; desenvolvimento de estenose do colo vesical ou da uretra; infecção urinária, da ferida e/ou aparecimento de fístula urinária; problemas relacionados com a técnica de litotrícia, ultrassónica, hidráulica, pneumática, laser, etc; ruptura de instrumentos deixando restos no interior da via urinária, que exigirá outra intervenção para a sua extracção; hematúria de intensidade variável, que pode exigir transfusão; tromboembolismo venoso profundo ou pulmonar, cuja gravidade depende da sua intensidade.

O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros...) no entanto podem levar à necessidade de uma reintervenção, por vezes de urgência, incluindo um risco de mortalidade.

- 5.- O médico explicou-me que, para a realização desta técnica, pode ser necessária uma preparação prévia, por vezes com algumas particularidades, tais como (nota do médico) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

embora possa ser possível a sua realização sem uma preparação completa.

Também me explicou a necessidade de o avisar sobre as minhas eventuais alergias medicamentosas, alterações da coagulação, doenças cardiopulmonares, existência de próteses, *pacemaker*, medicação actual ou qualquer outra circunstância.

Devido à minha situação actual (diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada...) pode existir um aumento da frequência ou da gravidade dos riscos ou complicações, tais como (nota do médico)

---

---

---

---

6.- O médico explicou-me que a única alternativa, ainda que excepcional, é o tratamento com ondas de choque, embora, no meu caso, a alternativa terapêutica mais indicada seja a cirurgia.

Compreendi todas as explicações que me foram dadas, numa linguagem clara e simples, e o médico que me atendeu permitiu-me expor-lhe todas as questões e clarificar todas as minhas dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de nenhuma explicação, posso revogar o consentimento que agora disponibilizo.

Desta forma, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Nestas condições,

**CONSINTO e AUTORIZO**

**Que me seja realizada CISTOLITOTOMIA / ENDOLITOTRÍCIA VESICAL**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O doente: \_\_\_\_\_

Representante legal ou familiar: \_\_\_\_\_

O médico: \_\_\_\_\_