

**Definição:** Procedimento cirúrgico endoscópico que não necessita de incisões, onde é introduzido um ureteroscópio (equipamento de endoscopia) no ureter com o objetivo de fragmentar e retirar os cálculos da via urinária.

Declaro que:

1. Recebi informação que a ureterolitotripsia transureteroscópica é indicada para a remoção de pedras impactadas no ureter que não são candidatas à eliminação espontânea, ou para retirada de pedras que estão gerando desconforto significativo e que não são tratáveis por litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO).

2. Estou ciente que alguns efeitos colaterais podem ocorrer como: sangramento na urina após o tratamento com eventual necessidade de transfusão sanguínea, não fragmentação ou retirada dos cálculos, necessidade de realização de mais uma sessão, dor ou desconforto no abdômen, estreitamento do ureter como seqüela cirúrgica, lesão de ureter ou da bexiga, infecção urinária após o procedimento, e suspensão do procedimento por impossibilidade de realização da anestesia.

3. Estou ciente das taxas aceitáveis de infecção de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), sendo: cirurgias limpas 2% (dois por cento), cirurgias potencialmente contaminadas até 10% (dez por cento), cirurgias contaminadas até 20% (vinte por cento) e cirurgias infectadas até 40% (quarenta por cento).

4. Compreendo que embora sejam tomados todos os cuidados e utilizadas as técnicas previstas cientificamente, podem ocorrer intercorrências. Portanto, a equipe médica está autorizada desde já, a tomar as providências necessárias para resolução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

5. Foram observadas todas as orientações necessárias para o procedimento, bem como foram fornecidas as informações sobre meu estado de saúde, incluindo doenças, medicações as quais apresentei alergia, medicações em uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar; tendo recebido orientação quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dessas medicações.

6. Tive a oportunidade de fazer perguntas que foram respondidas de maneira satisfatória. Entendo que não existe garantia sobre os resultados e que este termo não contempla todas as complicações e riscos conhecidos e possíveis de acontecer neste procedimento, mas apenas os mais frequentes.

7. Li, recebi esclarecimentos de forma compreensível pela equipe médica, incluindo o direito de revogação do consentimento dado, desde que seja feito antes do início da realização do procedimento.

Desta forma, diante da compreensão do alcance dos benefícios, riscos, alternativas e pleno conhecimento do inteiro teor deste termo, AUTORIZO a realização ureterolitotripsia transureteroscópica. Entendo também que o presente termo integrará o prontuário médico na hipótese de realização do procedimento durante a internação hospitalar.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Preenchimento Obrigatório pelo Paciente ou Representante legal**

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco ou vínculo: \_\_\_\_\_

*(obrigatório nos casos de representação):*

## Preenchimento Obrigatório pela Equipe Médica

---

Expliquei o procedimento ao qual o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente ou seu representante legal, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu representante legal, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

---

Assinatura e carimbo do Médico

### Testemunhas:

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

---

Revogação: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos.

---

Paciente ou Representante Legal