

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS UROLÓGICOS

Paciente: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
CPF: _____	RG: _____

Responsável Legal: _____
CPF: _____ RG: _____

Preencher se paciente for menor ou incapaz.

Procedimento proposto: _____

O sistema urinário e o aparelho genital masculino e feminino são responsáveis pela produção, armazenamento e eliminação da urina, além de funções reprodutivas e hormonais. Alterações nesses sistemas podem causar sintomas como dor, dificuldade para urinar, infecções recorrentes, sangramentos, alterações funcionais, cálculos, obstruções, tumores, incontinência urinária, disfunções miccionais ou sexuais, entre outros.

Os procedimentos urológicos podem ser indicados para fins diagnósticos e/ou terapêuticos, incluindo, mas não se limitando, a biópsias, endoscopias urológicas, cirurgias abertas, laparoscópicas ou robóticas, correções anatômicas, retirada de cálculos, tratamento de obstruções urinárias, doenças prostáticas, bexiga, rins, ureteres, uretra e órgãos genitais. A indicação do procedimento ocorre quando a condição apresentada não responde adequadamente ao tratamento clínico ou quando a abordagem cirúrgica é considerada a melhor opção para diagnóstico, controle ou tratamento da doença.

O principal benefício do procedimento urológico é o diagnóstico preciso e/ou o tratamento adequado da condição apresentada, visando alívio dos sintomas, melhora da função urinária ou genital, prevenção de complicações, controle ou cura da doença e melhora da qualidade de vida. Os benefícios variam conforme o tipo de procedimento, a doença tratada e as condições clínicas individuais do paciente, não sendo possível garantir resultados absolutos ou definitivos.

Estou ciente de que todo procedimento urológico envolve riscos, ainda que raros. Entre eles, podem ocorrer dor, sangramento, infecção urinária ou da ferida operatória, retenção urinária, lesão de estruturas adjacentes (como bexiga, uretra, ureteres, rins, vasos sanguíneos ou nervos), formação de hematomas, fístulas, estenoses ou necessidade de uso temporário de sondas, drenos ou cateteres.

Dependendo do procedimento, podem ocorrer alterações urinárias transitórias ou permanentes, como ardência ao urinar, aumento da frequência urinária, incontinência urinária ou dificuldade miccional. Em procedimentos que envolvem órgãos genitais ou próstata, podem ocorrer alterações na função sexual, incluindo disfunção erétil, ejaculatória ou alterações da fertilidade, conforme o caso.

Há ainda o risco de recidiva da doença, necessidade de reintervenção cirúrgica ou de tratamentos complementares. Complicações relacionadas à anestesia são raras, porém possíveis, e serão esclarecidas previamente pelo médico anestesiologista.

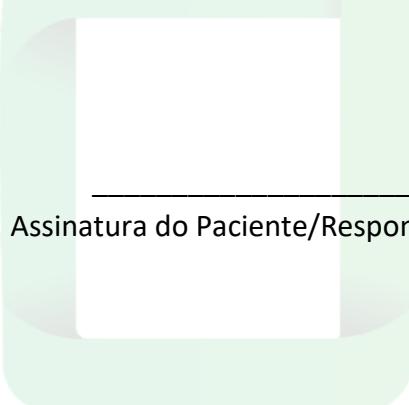
Fui informado(a) sobre as alternativas não cirúrgicas ou outros métodos terapêuticos possíveis, incluindo tratamento clínico e acompanhamento, bem como sobre suas limitações, riscos e benefícios.

Declaro que recebi informações claras e suficientes do(a) médico(a) assistente sobre minha condição clínica, a indicação do procedimento urológico proposto, seus benefícios, riscos, possíveis complicações e alternativas terapêuticas. Estou ciente de que não há garantia de cura ou de resultado específico, e que a evolução da doença ou do tratamento pode exigir mudanças de conduta médica, conforme julgamento profissional.

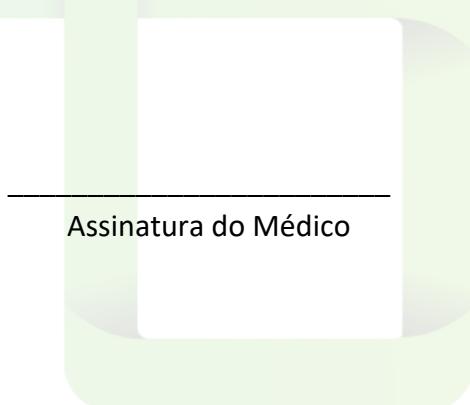
Comprometo-me a seguir rigorosamente todas as orientações médicas antes e após o procedimento, ciente de que o não cumprimento pode comprometer os resultados e aumentar os riscos.

Após ter todas as minhas dúvidas esclarecidas, consinto de forma livre e voluntária com a realização do procedimento urológico proposto, bem como com a utilização de anestesia e a participação de outros profissionais de saúde que se fizerem necessários.

Guanhães/MG, ____ de ____ de ____.



Assinatura do Paciente/Responsável Legal



Assinatura do Médico