



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) EXAME ENDOSCÓPICO – CISTOSCOPIA

Por este instrumento particular o (a)

paciente _____ ou seu responsável Sr. (a) _____, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM-TO _____ sob o nº _____, para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "CISTOSCOPIA", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirurgião anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Estou ciente de que:

1. Através deste procedimento pretende-se diagnosticar e/ou eliminar, se for o caso, as causas do quadro clínico;
2. Para este caso, não há outra alternativa eficaz para o diagnóstico, e os exames radiológicos, ecográficos e laboratoriais são complementares;
3. Esta técnica é indicada para um quadro de hematúria, cistite de repetição, por vezes de dúvidas suscitadas por outros exames, assim como para as revisões após ressecção de tumores da bexiga. Pode, por vezes, colocar-se ou retirar-se um cateter no ureter;
4. Através desta técnica, utilizando um endoscópio, o médico tem acesso visual ao interior da bexiga e da uretra;
5. Durante o procedimento poderão ser captadas imagens para fins científicos ou didáticos, prezando pelo sigilo do paciente;
6. O procedimento realiza-se em regime ambulatorial ou hospitalar e sob anestesia local (gel anestésico na uretra), o que reduz as queixas e as torna toleráveis. Pode-se, por vezes, optar-se por realizar este procedimento sob anestesia regional ou geral, quer por minha decisão, quer devido a um alto risco de recidiva de um tumor vesical ou por ser necessária alguma manipulação complementar;
7. Em caso de necessidade de administração de anestesia, serei informado dos riscos pelo Serviço de Anestesia;
8. Antes do exame, ou no momento deste, pode-se administrar profilaxia antibiótica contra uma possível infecção;

COMPLICAÇÕES:

Apesar da adequada escolha da técnica e de sua correta realização, podem aparecer efeitos indesejáveis, tanto com os comuns derivados de toda intervenção, e que podem afetar todos



os órgãos ou sistemas, como outros específicos do procedimento: não conseguir obter um diagnóstico; hemorragia, tanto durante o ato cirúrgico como no pós-operatório, cujas consequências podem ser muito diversas, dependendo do tipo de tratamento necessário;

síndrome de reabsorção líquida, devido ao extravasamento inevitável do líquido de irrigação para a corrente sanguínea, ainda que seja uma ocorrência pouco frequente; infecção urinária ou geral de consequências imprevisíveis; perfuração vesical, devido a dificuldades de introdução do cistoscópio; dano vesical por patologia própria ou em consequência de obstruções prolongadas, ainda que sejam invulgares e não exijam sempre um tratamento específico; estenoses uretrais, devido a própria manipulação uretral à passagem do cistoscópio; e quadro febril, apesar da profilaxia antibiótica. O médico explicou-me que estas complicações habitualmente se resolvem com tratamento médico (medicamentos, soros, etc.), no entanto podem levar à necessidade de uma intervenção por vezes de urgência, incluindo risco de mortalidade.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) EXAME ENDOSCÓPICO – CISTOSCOPIA Infecção relacionada à assistência à saúde. A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. De acordo com a Agência nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) e com o National Healthcare Safety Network (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%
- Cirurgias contaminadas: até 17%

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar esclarecido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.



Palmas/ TO _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Médico Assistente

Nome: _____

RG/CPF: _____

CRM: _____ UF: _____

Testemunhas

Nome: _____

RG: _____

Testemunhas

Nome: _____

RG: _____