|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  **Serviço de Cirurgia Pediátrica- CISTOSCOPIA**  Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a).      , equipe médica e assistentes, no Hospital de Clinicas de Porto Alegre, a realizarem o procedimento proposto - Cistoscopia - como forma de tratamento/diagnóstico para o quadro clínico do(a) meu(minha) filho(a). O(a) médico(a) explicou-me de forma clara a natureza e os objetivos do procedimento e me foi dada oportunidade de fazer perguntas, sendo todas elas respondidas completa e satisfatoriamente.  Sei que este procedimento médico não é isento de riscos, já que além daquelas complicações possíveis durante o procedimento existem outras que podem ocorrer num período imediato ou tardio após a sua realização.  Os possíveis riscos associados a este procedimento me foram esclarecidos e são os seguintes:   1. Suspensão do procedimento por condições técnicas ou clínicas surgidas imediatamente antes da sua realização. 2. Complicações técnicas durante o procedimento que impeçam a sua realização. 3. Dor e sangramento uretral por um período variável, geralmente curto. 4. Uso temporário de sonda uretral ou cistostomia (sonda na bexiga). 5. Infecção urinária com necessidade de tratamento com antibiótico. 6. Necessidade de realização de dilatação uretral caso haja estenose. 7. Possibilidade de lesão da uretra durante o procedimento e formação de estenose uretral. 8. Possibilidade de formação de coágulos na bexiga, com necessidade de nova cistoscopia ou outro tratamento cirúrgico para sua remoção. 9. Possibilidade, muito remota, de perfuração da bexiga ou outras complicações que necessitem tratamento com cirurgia convencional. 10. Outros riscos (especificar quando pertinente)      .   Estou ciente de que a lista anterior pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer neste procedimento, mas é a lista de riscos mais comuns.  Fui informado(a) também sobre alternativas terapêuticas ao tratamento proposto.  Reconheço que durante o procedimento médico ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, caso seja necessária, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. Assim sendo, autorizo a equipe médica a executar esses atos e outros procedimentos que sejam considerados necessários e desejáveis. Esta autorização estende-se a todas as condições que necessitarem de tratamento, e que não sejam do conhecimento do médico até o momento em que o procedimento for iniciado.  Autorizo também que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares.  Concordo também com a administração dos anestésicos que sejam considerados necessários. Reconheço que sempre existem riscos para a vida e complicações com a anestesia.  Autorizo ainda que imagens do procedimento e outros exames complementares, como tomografia computadorizada e ressonância, entre outras, possam ser utilizadas para fins científicos, como apresentação de casos a acadêmicos ou residentes e apresentações em eventos médicos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Da mesma forma estou ciente que profissionais devidamente qualificados, nas funções de auditores, peritos médicos oficiais, avaliadores em programas de acreditação ou servidores públicos exercendo atividades regulatórias poderão ter acesso aos dados do prontuário, mantendo o compromisso de sigilo destas informações.  Estou ciente que o tratamento não se limita ao procedimento previsto, sendo que deverei retornar ao consultório/hospital com meu(minha) filho(a) nos dias determinados pela equipe médica, bem como informá-la imediatamente sobre possíveis alterações/problemas que porventura possam surgir.  CONCLUSÃO  Diante do exposto, declaro estar de pleno acordo com o que consta neste documento e ciente de que a obrigação do médico é utilizar todos os meios conhecidos na medicina, e disponíveis no local onde se realiza o tratamento, na busca da saúde do paciente. Fico ciente de que eventuais resultados adversos podem ocorrer mesmo com os melhores cuidados técnicos aplicados. Assim, decidi conjuntamente com a equipe médica, que o procedimento proposto acima é a melhor indicação neste momento para o quadro clínico do(a) meu(minha) filho(a).  Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.  Data:      /     /      .    Nome (em letra de forma) da paciente ou responsável:    Assinatura da paciente ou responsável:    Grau de parentesco do responsável:           Assinatura e CRM do médico:  Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.  O médico deverá registrar a obtenção deste consentimento no Prontuário do Paciente, no item evolução. | |
| POA 11 PB  **TERMO DE CONSENTIMENTO  LIVRE E ESCLARECIDO Serviço de Cirurgia Pediátrica**  **CISTOSCOPIA** | Nome do Paciente:  Nº do Registro: |

**MED-420 – gráfica hcpa – nov22**