

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESCLARECIDO PARA EXAME DE URETROCISTOGRAFIA INFANTIL COM CONTRASTE IODADO

**Data:** Setembro/2022    **Versão:** 002

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nº Atendimento: \_\_\_\_\_ Leito/Andar: \_\_\_\_\_  
**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

O presente termo de consentimento esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente \_\_\_\_\_ quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento de Uretrocistografia Infantil ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviço do Hospital Geral Dr. Beda.

## **Espaço deverá ser preenchido pelo paciente e/ou responsável**

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_  
(  ) paciente (  ) responsável (grau de parentesco: \_\_\_\_\_), autorizo a realização do exame \_\_\_\_\_ que foi solicitado pelo médico \_\_\_\_\_.

## **Declaro que:**

1 – Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas do procedimento, após ter discutido e analisado com a equipe Médica à importância, propósitos, benefícios, principais riscos e complicações do exame específico a minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações e fazer perguntas deste documento que foram respondidas satisfatoriamente antes de sua assinatura. Declaro que fui informado que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado.

2 – A Uretrocistografia é um exame radiológico indicado para avaliação de problemas da bexiga e ureteres. Paciente em decúbito dorsal, é realizada uma radiografia da região pélvica para visualização de técnica e posicionamento.

Em seguida, inicia-se o procedimento de assepsia. É introduzida a sonda vesical ou de foley, pela uretra (o tamanho da sonda utilizada deve seguir o critério da idade e tamanho do paciente). Com a sonda na bexiga é adaptado o equipo e deixa que o contraste diluído ao soro fisiológico preencha a bexiga.

Em determinado momento realiza-se uma radiografia localizada para comprovar que a bexiga está cheia. Após enchimento completo da bexiga realiza-se radiografia da própria em várias posições para o estudo do mesmo.

O fluxo do meio de contraste deve manter-se ate o (a) paciente urinar espontaneamente, quando é feito a retirada da sonda vesical e efetuada simultaneamente novas radiografias para estudo dos ureteres.

Podem ocorrer, em casos raros, reação alérgica ao contraste.

3 – Estou ciente que durante a injeção do contraste poderá ocorrer uma sensação de calor, náuseas e vômitos e que alguns pacientes podem ter reações alérgicas, incluindo coceira, urticária, edema de face, espirros, ou raramente dispnéia. Excepcionalmente, podem ocorrer complicações mais sérias como choque anafilactóide, insuficiência renal, problemas cardiorrespiratórios, complicações fatais são raras. Nestas ocasiões, serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital Geral Dr. Beda.

4 – Consinto, a equipe realizar o (s) procedimento (s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que seja alcançado o melhor resultado possível através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realizará o exame, declarando que estou devidamente informado e esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO ESCLARECIDO PARA  
EXAME DE URETROCISTOGRAFIA  
INFANTIL COM CONTRASTE IODADO**

**Data:** Setembro/2022    **Versão:** 002

acerca do procedimento.

Nome Completo:	_____		
Nome Social:	_____		
Gênero:	_____	D.N.:	_____/_____/____
Nº Atendimento:	_____	Leito/Andar:	_____

**Se a etiqueta estiver disponível, cole-a aqui**

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido 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.**

Campos dos Goytacazes, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente

Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Art. 22º.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:** Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.