



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
CISTOSCOPIA**

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo assinado autoriza, através do presente termo de consentimento livre e esclarecido, a realização do procedimento designado “**CISTOSCOPIA**”.

- **Definição:** A cistoscopia é um exame realizado para investigar patologias vesicais e uretrais, ou seja, doenças que acometem a bexiga e a uretra.

O procedimento realiza-se habitualmente em regime ambulatorial e sob anestesia local (gel anestésico na uretra).

- **Principais Complicações:** Hemorragias durante e após o procedimento; Síndrome de reabsorção líquida, devido ao extravasamento inevitável do líquido de irrigação para a corrente sanguínea; Infecção urinária; Estenose uretral com necessidade de dilatação uretral; Perfuração vesical (rara) ou outras complicações que necessitem de abordagem cirúrgica.

O(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do médico, informações de forma clara do estado de saúde, da hipótese diagnóstica, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do procedimento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Está ciente que deverá se inteirar dos fatos com o médico responsável e, havendo agravamento ou intercorrências da patologia, fica autorizado o médico responsável a contatar outros especialistas para o tratamento, conforme a necessidade.

3. Está ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo (a) médico (a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

4. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento, antes que o referido procedimento seja realizado.



Av. Vicente Ferreira, 828 – CEP: 17515-900
Marília-SP CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

**TCLER “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E RECUSA”
Para procedimentos médicos de qualquer natureza nesta Instituição (Resolução
CFM nº 1931/2009 – Código de Ética Médica)
CISTOSCOPIA**

5. Autoriza o envio de tecido removido (biópsia) para exames complementares, como parte dos procedimentos necessários para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

6. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando por solicitação de autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal: _____

Nome do Médico Responsável: _____

CRM: _____

Assinatura do Médico Responsável: _____