



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)  
URETROTOMIA INTERNA**

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

- **Definição:** uretrotomia interna é um procedimento endoscópico que visa a reabertura da uretra que apresenta estreitamento (estenose).

Como consequência deste procedimento, um cateter permanecerá na uretra e na bexiga por uma ou duas semanas para drenagem da urina, e poderá apresentar sangramento de pequena a moderada quantidade pela uretra por poucos dias.

- **Principais Complicações:** dor ou desconforto no pênis e/ou região do períneo; edema e/ou hematomas do pênis e/ou do escroto, requerendo tratamento clínico ou cirúrgico; infecção na uretra e na bexiga; possibilidade de novo estreitamento; possibilidade de permanecer com uma sonda no abdômen (cistostomia) para drenagem de urina por alguns dias.

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 e evolução provável da doença, bem como a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento ora autorizado, efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo, além das instruções relativas ao procedimento cirúrgico, pré e pós-operatório, tendo esclarecido as suas dúvidas.

2. Recebeu, através do médico, a informação de forma clara de que o tratamento pode não ser definitivo, pois o procedimento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento poderão modificar condutas inicialmente propostas, sendo que neste caso, fica autorizada que sejam adotadas as providências necessárias, ou seja, tratamentos, cirurgias, procedimentos, exames complementares, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital, para fazer frente aos problemas surgidos.

3. 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.



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)  
URETROTOMIA INTERNA**

4. 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.

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

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: \_\_\_\_\_