



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

---

### INSERÇÃO DE CATETER DUPLO J

PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO:

FILIAÇÃO:

DATA:

Eu, acima identificado(a), declaro que fui informado(a) pela equipe médica quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico de INSERÇÃO DE CATETER DUPLO J ao qual serei submetido(a), declarando ainda, 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, o Dr.(a)

\_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o n.º

\_\_\_\_\_ a realizar o procedimento acima indicado e todos o que incluem e outras condutas médicas que venham ao encontro das necessidades clínicas, podendo o referido profissional valer-se do auxílio dos outros profissionais de saúde.

DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO A SER REALIZADO:

A inserção de cateter duplo J é um procedimento médico realizado para tratar obstruções ou estreitamentos no trato urinário. Consiste na introdução de um cateter especial com duas extremidades curvas em forma de J, uma na bexiga e a outra no rim, permitindo a drenagem adequada da urina. É comumente utilizado após cirurgias urológicas ou para aliviar a obstrução causada por cálculos renais ou tumores. O procedimento é realizado sob anestesia e geralmente requer acompanhamento médico para monitorar a posição e a função do cateter.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Presença de sangue na urina após o procedimento /
2. Deslocamento do cateter para bexiga necessitando recolocação /
3. Cólicas renais resultantes da eliminação de coágulos /
4. Estenose e ou lesão do ureter /
5. Formação de coleções sanguíneas ou de urina no rim ou no ureter, que em geral são reabsorvidas espontaneamente /



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

6. Obstrução ureteral por coágulos, podendo evoluir com infecção local, e podendo ser necessária a eventual drenagem por um cateter diretamente no rim /
7. Lesão do ureter ou tecidos adjacentes necessitando de cirurgia aberta para correção da lesão /
8. Eliminação espontânea do cateter através da uretra podendo ser necessário a sua recolocação /
9. Desconforto em trajeto Reno uretral bem como irritabilidade vesical e urgeincontinência /
10. Possibilidade de suspensão do procedimento cirúrgico por ocorrência de qualquer condição clínica e/ou anestésica anormais já tendo sido iniciado ou não o ato cirúrgico

INFECÇÃO HOSPITALAR: A portaria nº. 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos, usando-se como parâmetro o NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance – Vigilância Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: 1. Cirurgias limpas – 2% (são aquelas que não apresentam processo infeccioso e inflamatório local e durante a cirurgia, não ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário); 2. Cirurgias potencialmente contaminadas – 10% (são aquelas que necessitam drenagem aberta e ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário); 3. Cirurgias contaminadas – 20% (são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizadas e abertos, colonizadas por flora bacteriana abundante de difícil ou impossível descontaminação, sem supuração local). Presença de inflamação aguda na incisão cirúrgica e grande contaminação a partir do tubo digestivo. Inclui obstrução biliar e urinária.

4. Cirurgias infectadas – 40% são aquelas realizadas na presença do processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.



## **Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho**

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

---

### DESCRIÇÃO ANESTÉSICA:

#### DECLARO AINDA QUE:

- 1) Se durante a minha operação houver alguma intercorrência inesperada e houver a necessidade de se realizar qualquer outro procedimento e/ou cirurgia a qual antes não fazia parte do que me foi inicialmente planejado e explicado, ficam desde já previamente autorizados os médicos envolvidos na cirurgia e respectiva equipe, incluindo o anestesista, a realizar o que for necessário para proteger minha saúde e minha vida.
- 2) Autorizo a realização exames complementares e biópsias de qualquer natureza, do material coletado na cirurgia, visando o esclarecimento de meu diagnóstico ou para benefício de meu tratamento.
- 3) Nada omiti em relação a minha saúde e que esta declaração passe a fazer parte da minha ficha clínica ou fique na guarda pessoal do(a) meu médico(a), ficando autorizado a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique em qualquer tipo de ofensa. Fica autorizado ao acesso a minha ficha clínica, que porventura exista em outro estabelecimento hospitalar, clínica ou consultório inclusive, a solicitar, segunda vias de exames laboratoriais, cardiológicos, RX e demais por venturas existentes.
- 4) Confirmando que tive oportunidade de perguntar o que quis e recebi todas as respostas da equipe médica, de forma clara e em linguagem compreensível ao leigo da medicina, a qual me esclareceram todas as dúvidas relativas ao(s) procedimento(s) e as operações a que serei submetido(a) durante a avaliação préoperatória Ambulatorial, SALVO em casos emergenciais, em que este termo poderá ser adquirido e registrado em outros formatos específicos.
- 5) Fui informado e comprometo-me a remover o cateter no período máximo de quatro meses. Caso não procure o médico para remover o cateter assumirei toda responsabilidade desta minha atitude. Fui ainda informado que a retirada deste cateter deverá ser realizada por via endoscópica e que a permanência do mesmo além do prazo dado pelo médico, pode causar sérios danos como



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

infecções, obstruções formação de cálculos e comprometimento da função renal.

6) Reconheço que durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários e desejáveis.

7) A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.

8) Estou ciente de que a lista de riscos e complicações deste formulário pode não incluir todos os riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas é a lista de riscos mais comuns e severos. Reconheço que novos riscos podem existir ou podem aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

9) O referido médico explicou-me que a retirada endoscópica ou cirúrgica do (s) cálculo (s) poderia ser uma terapia alternativa.

Decidimos conjuntamente, eu e meu Médico, que a COLOCAÇÃO DO CATETER DUPLO J TRANSURETERAL é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Sertãozinho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PELO MÉDICO :

( ) Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia que o paciente acima referido está sujeito ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas por eles. De acordo com o meu entendimento, o



## Irmandade da Santa Casa de Sertãozinho

Rua Epitácio Pessoa, 1.741- Centro -Cep-14160.000 – Sertãozinho-SP  
Fone - PABX: (016) 642-2855 - Reconhecida de Utilidade Pública:  
Municipal: Lei nº 581 – Estadual: Lei nº 1708 – Federal: Decreto nº 50517  
CGC/ME.: 71.326.292/0001-03 - Inscrição Estadual - Isenta  
e-mail: stcasa.stz@netsite.com.br

---

paciente/responsável está em condições de compreender o que lhes foi informado.

( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado, por tratar-se de situação de emergência. Por ser verdade:

---

ASSINATURA DO MÉDICO

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO (TESTEMUNHA)

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_