

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFRECTOMIA RADICAL COM OU SEM LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL

Eu, _____ abaixo assinado, autorizo o Doutor _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFRECTOMIA RADICAL (remoção de todo o rim) como forma de tratamento do CÂNCER DO RIM.

Estou ciente que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que eu não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes apenas perguntando ao meu médico ou aos seus associados.

Certifico que o meu médico me informou sobre a natureza e características do tratamento proposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia, e dos possíveis riscos conhecidos, complicações, e dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

O procedimento planejado e descrito a seguir foi a mim explicado pelo meu médico.

O tratamento acima mencionado é realizado através da retirada do rim acometido pelo tumor, assim como toda a gordura e tecidos envolvendo este órgão, com ou sem a glândula supra-renal e outros órgãos adjacentes, se assim indicado ou necessário. Nos casos indicados, será realizada a linfadenectomia retroperitoneal (retirada de linfonodos da região de drenagem linfática do rim afetado).

Os principais riscos e limitações associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes: Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após o procedimento, devido a sangramento. Infecção no local cirúrgico com formação de abscesso, com tratamento através de antibióticos e drenagem. Infecção na infecção cirúrgica, que pode requerer tratamento com antibióticos ou abertura parcial da ferida cirúrgica. Diminuição temporária da função renal, o que raramente pode necessitar diálise até a recuperação. Devido à fraqueza da musculatura, hérnias incisionais podem desenvolver no futuro.

Retorno tardio das atividades intestinais, em torno de 4 a 7 dias. Embolia pulmonar, devido coágulos de sangue oriundos das veias.

Necessidade de ressecção total ou parcial de órgãos adjacentes ao rim devido a acometimento pelo tumor, como pâncreas, intestino, fígado, baço ou estômago.

Necessidade de inserção de tubo torácico, em caso de necessidade de abertura da abertura do diafragma.

Reações alérgicas desconhecidas por mim e pelos médicos aos medicamentos ou soluções utilizadas no procedimento.

Estou ciente de que qualquer tecido ou órgão cirurgicamente removido pode ser utilizado pelo hospital ou pelo médico de acordo com a prática médica hospitalar.

Certifico que este formulário me foi explicado e que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Assinatura do paciente: _____

Nome: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhá-lo, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

A SBU recomenda que os urologistas apresentem este texto aos seus pacientes.