

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA NEFROURETERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA.

Eu, abaixo assinado, autorizo o Dr. _____ e/ou os seus assistentes a realizar uma NEFROURETERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA (remoção do rim e ureter ipsilateral através de cirurgia laparoscópica) como forma de tratamento de tumor acometendo vias excretoras urinárias e/ou ureter. O procedimento planejado foi a mim explicado pelo meu médico. Como consequência desta operação poderei permanecer com um dreno cirúrgico na incisão ou ao lado dela para saída de secreções e que será removido posteriormente após alguns dias, também ficarei com sonda vesical por alguns dias.

Os possíveis riscos associados a este procedimento foram-me esclarecidos e são os seguintes:

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido aderências do rim e ureter.
3. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica. (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
4. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
5. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
6. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
7. Possibilidade de enfisema subcutâneo (acúmulo de gás sob a pele).
8. Possibilidade de traumas vasculares na parede abdominal podendo levar a hematoma
9. Possibilidade de traumas vasculares intra abdominais no momento da punção, na colocação do primeiro trocarte ou no intra operatório.
10. Possibilidade de lesões no aparelho digestório no momento da punção.
11. Possibilidade de conversão para cirurgia aberta devido dificuldade técnica ou sangramento.
12. Podem ser requeridos procedimentos adicionais para tratamento de eventuais complicações.
13. Ainda que extremamente rara pode ocorrer embolia gasosa (gás dentro dos vasos sanguíneos).
14. Dor no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos
15. Possibilidade de fistula urinária podendo requerer novo tratamento cirúrgico ou endoscópico.
16. Possibilidade de extravasamento de urina ao redor da bexiga podendo ocorrer acúmulo da mesma com necessidade de cirurgia.
17. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.
18. Pode haver necessidade de utilização de algum tipo de diálise no futuro, devido incapacidade do rim remanescente eventualmente não suprir as necessidades fisiológicas.

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. 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.

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.

O referido médico explicou-me que existem outras alternativas para tratar a minha doença mas, decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a nefroureterectomia videolaparoscópica é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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 ou responsável:

Nome: _____ R.G.: _____

Parentesco: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, 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.

A assinatura deste Consentimento Pós-Informado não dispensa o médico de consignar no Prontuário Médico as informações e opções oferecidas ao paciente, suas possíveis complicações e a decisão que ele tomou livremente.