

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
NEFRECTOMIA RADICAL ONCOLÓGICA COM OU SEM
LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL****COLAR ETIQUETA****Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Por este documento individual o (a) paciente _____, ou seu responsável legal Sr.(a) _____, declara, dado o disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90, que dá plena autorização ao (à) médico (a) assistente, Dr.(a) _____, inscrito no CRM _____ a realizar o procedimento cirúrgico designado **“NEFRECTOMIA RADICAL ONCOLÓGICA COM OU SEM LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL”** e outras condutas médicas que tal tratamento possa necessitar, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, que o referido (a) médico (a), atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º e 39º da Lei 8.078/90 (abaixo transcritos), sugeriu o tratamento cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico, prognóstico e os procedimentos a serem realizados.

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

1. Necessidade de transfusão sanguínea durante ou após a operação.
2. Constatação da impossibilidade da remoção do rim observada durante a cirurgia.
3. Risco de lesão dos órgãos adjacentes durante a cirurgia devido a aderências do tumor.
4. Abertura do diafragma com formação de pneumotórax que pode requerer uma drenagem cirúrgica (dreno de tórax) para a remoção do ar da cavidade torácica.
5. Possibilidade de formação de hérnia ou flacidez no local da cirurgia.
6. Possibilidade de sensação de dormência em torno da região operada.
7. Possibilidade de infecção na incisão cirúrgica, requerendo futuro tratamento.
8. Dor no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos.
9. Possibilidade de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar (coágulos de sangue oriundos das veias) durante ou após a cirurgia.
10. Possibilidade de insuficiência renal no pós operatório imediato ou tardio necessitando hemodiálise temporária ou definitiva.
11. A realização da retirada de linfonodos retroperitoneais pode levar a ter ejaculação retrógrada (ejacular para dentro da bexiga).
12. Presença do câncer fora do rim, identificada apenas no resultado do exame anátomo patológico pós operatório.
13. Não há garantia absoluta da cura do câncer, podendo haver necessidade de tratamento futuro.

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.

Decidimos conjuntamente, eu e meu médico, que a **Nefrectomia Radical Oncológica Com Ou Sem Linfadenectomia Retroperitoneal** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

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

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

Assinatura do paciente ou responsável: _____

Nome: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Testemunha: _____ RG: _____

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.

Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Código de Ética Médica

Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:

Art. 9º. O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou à segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

Art. 39. É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.